Lynn S. Bickley

BATES'

Ghid de Examinare Clinică și Anamneză

CALLISTO

BATES

Ghid de

Examinare Clinică ŞI ANAMNEZĂ

EDIȚIA A ZECEA

Lynn S. Bickley, MD
Professor of Internal Medicine
School of Medicine
Texas Tech University Health Sciences Center
Lubbock, Texas

Peter G. Szilagyi, MD, MPH
Professor of Pediatrics
Chief, Division of General Pediatrics
University of Rochester School of Medicine and Dentistry
Rochester, New York

Editura Medicală
CALLISTO
www.callisto.ro

MULȚUMIRI ȘI CONTRIBUȚII

Cu ocazia publicării celei de a zecea ediţii a lucrării *Bates Ghid de Examinare Clinică și Anamneză* evidenţiem contribuţia esenţială a lui Peter Szilagyi, MD, MPH, editorul nostru în sfera pediatriei, a cărui expertiză a făcut posibilă revizuirea atentă a *Capitolului 18, Evaluarea pacientului pediatric: de la perioada de sugar la cea de adolescență*. Apreciem de asemenea sugestiile utile făcute de Christine Matson, MD, de la East Virginia Medical School, pentru *Capitolul 3, Anamneza și istoricul medical.* Pentru editarea specială şi pentru actualizare le suntem recunoscători lui Rajat Bhatt, MD; Harry Davis, MD, FACP; Kenn Freedman, MD; Cynthia Jumper, MD (doctor în medicină), MPH (master în Sănătate publică); şi lui Randolph Schiffer, MD, din cadrul Texas Tech University Health Sciences Center School of Medicine; şi lui Rainier Soriano, MD, de la Mt. Sinai School of Medicine şi lui Gary Sutkin, MD, de la University of Pittsburgh School of Medicine.

Ne-a făcut plăcere să lucrăm cu echipele talentate şi dedicate de la departamentele de achiziţie, dezvoltare şi producţie ale Lippincott Williams & Wilkins. Editorul Peter Darcy s-a ocupat de problemele tehnice cu politeţe, amabilitate şi eleganţă. Renee Gagliardi, senior editor de dezvoltare, rămâne un pilon prin modul în care s-a dedicat pentru excelenţa în conţinut şi calitate atât a ediţiei a zecea a acestei lucrări, cât şi celei de a şasea ediţii a *Bates Pocket Guide to Physical Examination and History Taking*. Flexibilitatea, inovaţia şi atenţia sa pentru detalii au fost de nepreţuit. Sandy Cherrey Scheinin, senior editor de producţie, a urmărit cu meticulozitate fiecare aspect al producerii cărţii, asigurând prezentarea elegantă şi formatul uşor de urmărit de către studenţi şi profesori. Brett MacNaughton, director artistic asociat, a asigurat integrarea corespunzătoare în text a fotografiilor şi ilustraţiilor. Le rămânem recunoscători acestor editori, ca şi multor altor membri ai echipei Lippincott Williams & Wilkins care au contribuit în atât de mare măsură la publicarea acestei ediţii.

Pentru numeroasele şi variatele aspecte care însoţesc pregătirea şi prezentarea manuscrisului acordăm consideraţia noastră lui Sophia Pena şi lui Colleen Sims, iar pentru nepreţuita sa competenţă în informatică, lui Victor Gonzalez.

Traducere: Dr. Selda Ali; Dr. Ruxandra Borîndel; Dr. Cristina Amelia Botez; Dr. Mihaela Dabu; Dr. Mădălina Geantă; Dr. Anca W. Gheorghiu; Dr. Mădălina Cristina Goia; Dr. Corina Hrehoreţ; Farm. Alexandra Cristina Păcurariu; Dr. Cristiana Gabriela Popp

CUPRINS

LISTA DE PLANȘE

CAPITOLUL 2

Raționamentul clinic, evaluarea și consemnarea datelor / 25

CAPITOLUL 4

Inițierea examenului clinic: evaluarea stării generale, semnele vitale și durerea / 101

CAPITOLUL 5

Comportamentul și starea de sănătate mentală / 135

CAPITOLUL 6

Tegumentul și fanerele (părul și unghiile) / 163

CAPITOLUL 7

Capul și gâtul / 195

CAPITOLUL 8
Toracele și plămânii / 283

CAPITOLUL 9
Sistemul cardiovascular / 323

CAPITOLUL 10
Sânul și axila / 389

CAPITOLUL 11
Abdomenul / 415

CAPITOLUL 12
Sistemul vascular periferic / 471

CAPITOLUL 13
Aparatul genital masculin și herniile / 501

CAPITOLUL 14
Aparatul genital feminin / 521

CAPITOLUL 15
Anusul, rectul și prostata / 555

CAPITOLUL 16
Sistemul osteomuscular / 571

CAPITOLUL 17
Sistemul nervos / 655

CAPITOLUL 18
Evaluarea pacientului pediatric: din perioada de sugar la cea de adolescență / 737

CAPITOLUL 20
Adultul vârstnic / 893

INTRODUCERE

Ghidul de examinare clinică și anamneză al lui Bates este o lucrare destinată studenților și personalului medical care învață să comunice cu pacienții, să efectueze examenul obiectiv și să folosească raționamentul clinic pentru înțelegerea și evaluarea problemelor pacientului. A zecea ediție a volumului are multiple elemente noi care facilitează asimilarea cunoștințelor. Ca și în edițiile precedente, aceste modificări provin din trei surse: întrebările profesorilor și studenților; intenția de a crea o carte mai ușor de citit și utilizat; și numeroase date clinice noi care stau la baza tehnicilor de anamneză, examinare și profilaxie.

Această *a zecea ediție a Ghidului de examinare clinică și anamneză al lui Bates* conferă studenților posibilitatea de a dobândi abilitățile necesare pentru evaluarea pacienților pe baza cunoștințelor fundamentale de anatomie și fiziologie umană deja acumulate. Pe parcursul întregii cărți sunt subliniate mai curând problemele frecvente și importante, decât cele rare și dificil de înțeles. Ocazional au fost incluse semnele clinice ale unor tulburări rare, dacă acestea ocupă un loc important în diagnosticul clinic de rutină sau reprezintă o afecțiune care pune în pericol viața pacientului. Fiecare capitol reflectă explicit o *perspectivă* solidă, *bazată pe date și dovezi clinice*, susținută de lucrări citate care aliniază conținutul la cele mai noi date din literatura medicală. Culorile folosite în text ajută cititorul să găsească mai ușor secțiunile fiecărui capitol și planșele aferente, iar în cadrul casetelor sunt evidențiate ideile esențiale și sugestiile relevante pentru aspectele dificile ale examinării, ca de exemplu examenul oftalmologic sau evaluarea presiunii venoase jugulare. Au fost adăugate mai mult de 85 de fotografii și diagrame noi, revizuite, pentru a ilustra mai bine punctele cheie din textul care le însoțește. Toate tabelele și planșele sunt în continuare redactate pe direcție verticală, astfel încât cititorii să poată răsfoi mai ușor de la un capitol la altul, fără să schimbe orientarea cărții.

A zecea ediție a Ghidului Bates: elemente speciale

Ediția curentă conține trei părți: *Fundamentele evaluării stării de sănătate, Examenul clinic obiectiv, și Categorii speciale de populație.*

- ***Partea 1, Fundamentele evaluării stării de sănătate.*** *Capitolul 1, Noțiuni introductive: examenul obiectiv și anamneza, dar și Capitolul 2, Raționamentul clinic, evaluarea și consemnarea datelor,* urmăresc o secvență logică prin care studenții sunt introduși în procesul anamnezei și al examenului obiectiv, cu prezentarea unui caz clinic și a unui exemplu de redactare a foii de observație pentru o evaluare completă. Aceste capitole conțin îndrumări și ghiduri pentru realizarea unei foi de observație succinte și bine organizate, dar și elemente noi care descriu tehnicile de bază ale examinării, instrumentarul uzual și precauțiile standard și universale. Noul conținut al capitolelor dezvoltă procesul raționamentului clinic și metodele de evaluare a datelor clinice. *Capitolul 3, Anamneza și istoricul medical,* abordează tehnicile unei anamneze competente, acordând atenție specială comportamentului empatic, conceptului recent apărut de modestie culturală, dar și problemelor de etică medicală și conduită profesională.

- ***Partea a 2-a, Examenul clinic obiectiv.*** Această parte, care include capitolele de la 4 până la 17, începe cu inspecţia pacientului şi metode de evaluare a semnelor vitale descrise în *Capitolul 4, Iniţierea examenului clinic: evaluarea stării generale, semnele vitale şi durerea*. Acest capitol include o secţiune nouă despre durerea acută şi cronică, evaluarea severităţii acesteia prin scale de evaluare a durerii, tipurile de durere, dar şi controlul durerii. În mod firesc urmează *Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală* (spre deosebire de a noua ediţie, unde era încorporat în capitolul despre sistemul nervos), deoarece evaluarea stării afective, a dispoziţiei şi a stării de sănătate mentală se realizează încă de la începutul consultaţiei oricărui pacient.

  Capitolele următoare sunt dedicate tehnicilor de examinare pe regiuni pentru fiecare dintre aparatele şi sistemele organismului. Aceste capitole urmează aceeaşi succesiune în care este examinat pacientul, respectiv „de la cap la picioare". Fiecare dintre aceste capitole conţine:

  - O trecere în revistă a elementelor de anatomie şi fiziologie relevante
  - Întrebări cheie pentru o anamneză pertinentă
  - Informaţii actualizate folositoare pentru profilaxia îmbolnăvirii şi consilierea pacientului
  - Tehnici de examinare descrise şi ilustrate în detaliu
  - Exemple de foi de observaţie pentru examenul obiectiv al sistemului respectiv
  - Lucrări citate din literatura clinică
  - Tabele şi planşe concepute pentru recunoaşterea şi compararea anomaliilor din afecţiunile clinice prezentate

În *Capitolul 11, Abdomenul*, şi în *Capitolul 12, Sistemul vascular periferic*, au fost efectuate actualizări şi revizuiri substanţiale, bazate pe criterii noi de evaluare şi definire a simptomelor abdominale şi pe ghiduri recente pentru identificarea afecţiunilor vasculare periferice. Poziţionarea în carte a *Capitolului 12, Sistemul vascular periferic*, a fost schimbată deoarece conţinutul său se află în strânsă legătură cu secţiunea despre examinarea arterelor şi venelor din *Capitolul 9, Sistemul cardiovascular* şi din *Capitolul 11, Abdomenul*. În *Capitolul 16, Sistemul osteomuscular*, a fost extinsă secţiunea destinată tehnicilor de examinare şi au fost introduse peste 30 de ilustraţii noi ale manevrelor de examinare a articulaţiilor.

- ***Partea a 3-a, Categorii speciale de populaţie.*** În această parte, care cuprinde capitolele de la 18 până la 20, sunt abordate etapele speciale din ciclul vieţii: copilăria şi adolescenţa, sarcina, şi îmbătrânirea.

A zecea ediţie: aspecte detaliate

A zecea ediţie se remarcă prin conţinutul nou şi îmbogăţit, actualizări şi revizuiri consistente, dar şi un număr de 85 de fotografii şi ilustraţii noi. Mai jos sunt descrise în rezumat modificările cheie şi actualizările esenţiale, dar parcurgerea aprofundată a celor 20 de capitole va dezvălui multe alte detalii adiţionale.

- În *Capitolul 5, Comportamentul și starea de sănătate mentală*, a fost adăugată o secțiune despre *Simptomele neexplicate medical*, însoțită de sugestii pentru abordări clinice recomandate. Capitolul conține tabele noi despre incidența tulburărilor psihice frecvente în asistența medicală primară, tulburările de personalitate, dar și elementele de identificare a candidaților pentru screeningul sănătății mintale.

- În *Capitolul 7, Capul și gâtul*, secțiunea de anatomie și fiziologie este abordată împreună cu tehnicile de examinare în cadrul examenului obiectiv al fiecărei componente: cap, ochi, urechi, nas, faringe și regiunea cervicală. Au fost introduse multe fotografii noi ale papilei optice care contribuie la vizualizarea structurilor importante ale globului ocular.

- În *Capitolul 8, Toracele și plămânii*, dar și în *Capitolul 9, Sistemul cardiovascular*, se găsesc secțiuni actualizate bazate pe dovezi privind profilaxia și consilierea care abordează următoarele subiecte: renunțarea la fumat; vaccinarea adulților împotriva gripei și pneumoniei; screeningul hipertensiunii arteriale; dar și screeningul factorilor de risc pentru afecțiuni cardiace, accident vascular cerebral, dislipidemie și sindrom metabolic. De asemenea, în *Capitolul 10, Sânul și axila*, există actualizări similare privind evaluarea factorilor de risc pentru cancerul de sân, modelele Gail și Claus ca instrumente de evaluare a riscului, mutațiile genelor BRCA 1 și 2, dar și recomandări pentru efectuarea mamografiei și examinarea clinică și auto-examinarea sânilor.

- Alte elemente importante includ: ghidurile și principiile de screening conform Societății Americane de Cardiologie și Asociației Americane de Cardiologie (AHA) și metode noi de evaluare a indicelui gleznă-braț din *Capitolul 12, Sistemul vascular periferic*; un tabel nou despre bolile cu transmitere sexuală și organele genitale masculine în *Capitolul 13, Aparatul genital masculin și herniile*; scorul-index al simptomelor hiperplaziei benigne de prostată conform Asociației Americane de Urologie în *Capitolul 15, Anusul, rectul și prostata*; ghidul actualizat al Academiei Americane de Neurologie pentru examenul neurologic de screening și noi tabele despre tipurile de accident vascular cerebral în *Capitolul 17, Sistemul nervos*; informații actualizate pe tot parcursul *Capitolului 18, Evaluarea pacientului pediatric: de la perioada de sugar la cea de adolescență*; iar în *Capitolul 20, Adultul vârstnic*, abordarea pe larg a sindroamelor geriatrice și a măsurilor de profilaxie a îmbolnăvirii, alături de tabele noi privind competențe esențiale în geriatrie, testul MMSE pentru examinarea stării psihice și testul „Mini-Cog" pentru screeningul demenței, și un model de management în asistența medicală a vârstnicilor.

Sugestii pentru studenți

Deși anamneza și examenul obiectiv sunt două aspecte esențiale pentru evaluarea și îngrijirea pacientului, studenții le învață adesea separat, uneori chiar de la cadre didactice diferite. Studenții aflați în etapa de deprindere a anamnezei trebuie să consulte *Capitolul 3, Anamneza și istoricul medical*, pe măsură ce acumulează experiență în interacțiunea cu pacienți cu temperamente și vârste diferite. Pentru a-și perfecționa ordinea logică a examinării, studenții pot consulta secvența de examinare prezentată în *Capitolul 1, Noțiuni introductive: examenul obiectiv și anamneza*.

Pe măsură ce studenţii învaţă să integreze elementele istoricului medical şi rezultatele examenului obiectiv, le va fi utilă studierea secţiunilor destinate anamnezei şi examenului aparatelor şi sistemelor. Adesea, grupurile de simptome identificate impun examinarea mai multor sisteme ale corpului, nu doar a unuia singur. De exemplu, prezenţa durerii toracice face necesară atât evaluarea toracelui şi plămânilor, cât şi a sistemului cardiovascular. Simptomele tractului urinar sunt relevante atât pentru capitolele despre abdomen, prostată, cât şi pentru cele despre organele genitale masculine şi feminine.

Studenţii pot studia secţiunile de anatomie şi fiziologie în funcţie de nevoile individuale. Prin consultarea secţiunii destinate tehnicilor de examinare, ei vor învăţa cum să efectueze o examinare corectă, vor exersa sub îndrumarea personalului didactic şi îşi vor consolida cunoştinţele acumulate. Vor identifica anomaliile obişnuite, care apar în două locuri. În cadrul secţiunilor despre tehnicile de examinare, coloana din dreapta paginii prezintă posibilele anomalii. Acestea sunt evidenţiate în culoare roşie şi plasate direct lângă textul care le corespunde. Deosebirea acestor anomalii de aspectele normale îmbunătăţeşte observaţiile şi acuitatea clinică a celor care învaţă. Pentru mai multe informaţii despre anomaliile menţionate, trebuie consultate planşele aflate la sfârşitul fiecărui capitol. Aceste planşe descriu diverse stări anormale într-un format comod care permite studenţilor să compare şi să confrunte anomalii înrudite în cadrul unui singur tabel.

Pe măsură ce parcurg capitolele despre sistemele şi regiunile corpului, studenţii ar trebui să consulte în paralel casetele în care este prezentat cazul clinic al unei paciente, doamna N, din *Capitolul 2, Raţionamentul clinic, evaluarea şi consemnarea datelor*. Scopul este de a face legătura cu secţiunea numită „Înregistrarea datelor" din fiecare capitol, care prezintă exemple de consemnare a datelor în fişa medicală. Cu ajutorul acestei verificări încrucişate, studenţii învaţă să descrie şi să organizeze informaţia obţinută prin anamneză şi examen obiectiv într-o formă scrisă inteligibilă. Mai mult, informaţiile din Capitolul 2 permit studenţilor să selecteze şi să analizeze datele pe care învaţă să le culeagă.

Tabelele şi planşele care descriu anomaliile permit studentului aprofundarea afecţiunilor importante, iar acesta învaţă ce elemente ar trebui să caute, dar şi motivele pentru care adresează anumite întrebări şi ridică unele probleme. Totuşi, nu trebuie să încerce să reţină toate detaliile prezentate. Pe măsură ce deprinde abilităţile necesare examinării clinice, studentul ar trebui să revină asupra semnelor fizice şi anomaliilor înrudite ori de câte ori consultă un pacient cu o problemă. Studentului îi revine sarcina de a analiza suspiciunea sau constatarea, dar şi de a consulta alte tratate sau reviste medicale necesare investigării problemelor pacientului. Lucrările citate şi referinţele bibliografice suplimentare de la sfârşitul fiecărui capitol oferă resurse adiţionale relevante pentru aprofundarea studiului.

Resurse bibliografice suplimentare

Din cadrul colecţiei de ghiduri Bates, recomandăm *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking*, ediţia a şasea, 2008, de Lynn Bickley şi Peter Szilagyi. Acest ghid de buzunar este o versiune actualizată şi abreviată a acestui text, având avantajul portabilităţii şi fiind uşor de consultat. Însă ghidul de buzunar nu este suficient; pentru un studiu aprofundat şi o înţelegere

cuprinzătoare cititorii trebuie să consulte textul şi ilustraţiile din *Bates Ghid de Examinare Clinică şi Anamneză*. O altă resursă importantă, complet revizuită, cuprinzătoare şi bogată în informaţii este *Bates' Video Guide to Physical Examination*, ediţia a patra, care constă dintr-o serie de 18 clipuri video corespunzând acestui text. Lippincott Williams and Wilkins pune la dispoziţie şi module individuale şi seturi de module în formate VHS, DVD.

Fundamentele evaluării stării de sănătate

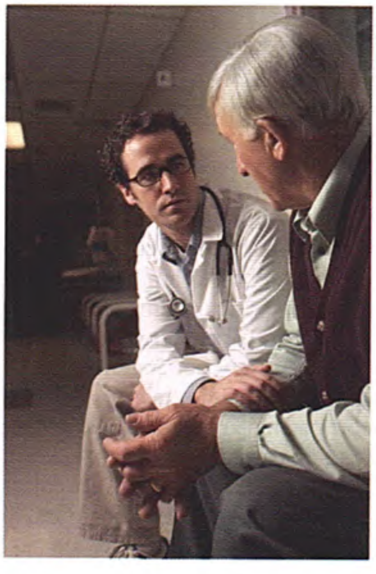
1

Noțiuni introductive: Examenul clinic obiectiv și anamneza

Tehnicile de examinare fizică şi anamneză pe care le veţi studia reprezintă aptitudini consacrate de tratament şi îngrijire medicală. Abilitatea de a efectua o anamneză riguroasă şi nuanţată şi un examen fizic meticulos şi corect consolidează relaţia cu pacientul, orientează evaluarea şi imprimă o anumită direcţie raţionamentului clinic. Calitatea anamnezei şi examenului fizic guvernează următoarele etape ale îngrijirii medicale şi ghidează selectarea investigaţiilor suplimentare din multitudinea de teste şi metode de explorare. Pe parcursul dobândirii cunoştinţelor necesare unui clinician desăvârşit, vă veţi rafina aceste aptitudini relaţionale şi clinice utile pentru întreaga carieră.



Pe măsură ce vă familiarizaţi cu domeniul evaluării pacientului, veţi dobândi elementele esenţiale ale îngrijirii medicale: ascultarea empatică; abilitatea de a intervieva pacienţi de orice vârstă, cu orice stare de dispoziţie şi nivel de educaţie; tehnicile de examinare a diferitelor aparate şi sisteme; şi în cele din urmă procesul raţionamentului clinic. Pe măsura acumulării experienţei în efectuarea anamnezei şi examenului fizic, veţi declanşa etapele raţionamentului clinic din primele momente ale întâlnirii cu pacientul: identificarea simptomelor-problemă şi a constatărilor anormale; asocierea constatărilor cu un proces fiziopatologic sau psihopatologic subiacent; şi stabilirea şi verificarea unui set de ipoteze explicative. Respectarea acestor etape va dezvălui profilul complex al pacientului pe care îl examinaţi. În mod paradoxal, aceleaşi aptitudini care vă permit să evaluaţi toţi pacienţii, conturează imaginea unui pacient unic a cărui grijă v-a fost încredinţată.



Acest capitol furnizează o „hartă" a competenţei clinice în două arii esenţiale: *anamneza* şi *examenul fizic*. În el sunt descrise componentele anamnezei şi metode de a sistematiza relatările pacientului; este prezentată o privire de ansamblu a examenului fizic într-o ordine care asigură confortul pacientului; şi sunt oferite descrieri concise ale tehnicilor de examinare pentru fiecare componentă a examenului fizic, de la inspecţia generală până la sistemul nervos. În *Capitolul 2 - Raţionamentul clinic, evaluarea şi consemnarea rezultatelor examinării*, este prezentată a treia arie a competenţei clinice - documentul medical sau foaia de observaţie, care conţine importanta etapă de evaluare clinică şi planificare. În Capitolul 2, care redă un exemplu al unei foi de observaţie, veţi învăţa modul în care raţionamentul clinic influenţează evaluarea clinică şi planificarea, etape deosebit de importante în examinarea pacientului. Prin studierea capitolelor următoare şi perfecţionarea aptitudinilor de efectuare a examenului fizic şi anamnezei descrise, veţi pătrunde în domeniul evaluării

active a pacientului - la început treptat, apoi cu încredere şi experienţă din ce în ce mai vastă.

Pe măsură ce veţi parcurge acest capitol şi veţi sistematiza informaţiile prezentate, următoarele capitole vă vor ghida în dobândirea competenţei clinice. Citatele din literatura medicală şi trimiterile către lecturi bibliografice completează fiecare capitol şi contribuie la îmbogăţirea cunoştinţelor. În plus, începând cu Capitolul 4, secţiunile despre Profilaxie şi consiliere oferă ghiduri actualizate care vă ajută în promovarea şi protejarea stării de sănătate a pacienţilor.

- *Capitolul 2, Raţionamentul clinic, evaluarea şi consemnarea rezultatelor examinării*, prezintă etapele raţionamentului clinic şi modul corect şi eficient de documentare a evaluării, diagnosticelor şi planificărilor pentru îngrijirea pacientului. În cele din urmă, documentele medicale pe care le întocmiţi servesc drept instrumente de informare pentru numeroşi membrii ai echipei de servicii medicale!
- *Capitolul 3, Anamneza şi antecedentele personale*, prezintă amănunţit aptitudinile esenţiale, variate şi deseori provocatoare necesare pentru stabilirea unei relaţii cu pacientul şi obţinerea istoricului acestuia.
- *Capitolele 4-17* detaliază anatomia, fiziologia, istoricul stării de sănătate, ghidurile de profilaxie şi consiliere a stării de sănătate, tehnicile de examinare, şi exemplifică documente medicale relevante pentru diferite sisteme şi regiuni ale organismului uman.
- *Capitolele 18-20* extind şi adaptează elementele anamnezei şi examenului fizic la populaţii speciale: nou-născuţi, sugari, copii şi adolescenţi; gravide; şi adulţii vârstnici.

Stăpânirea acestor aptitudini, încrederea şi respectul reciproc care stă la baza relaţiei cu pacientul contribuie la satisfacţiile profesionale ale specialităţilor clinice.

EVALUAREA PACIENTULUI: GENERALĂ CUPRINZĂTOARE SAU FOCALIZATĂ

Determinarea scopului evaluării. Pe măsură ce dobândiţi aptitudinile necesare obţinerii istoricului şi efectuării examenului fizic, vă veţi întreba „Cât de cuprinzătoare trebuie să fie evaluarea pacientului?", „Este necesară o evaluare generală amănunţită sau focalizată?" În cazul pacienţilor pe care îi examinaţi pentru prima dată în cabinetul medical sau în spital, este recomandat să efectuaţi o *evaluare generală cuprinzătoare*, care să includă toate elementele istoricului stării de sănătate şi un examen fizic complet. Totuşi, în multe situaţii, poate fi adecvată o *evaluare focalizată* sau *orientată către problema actuală*, în mod particular în cazul pacienţilor pe care îi cunoaşteţi şi care revin pentru o vizită de rutină sau în cazul celor cu simptome acute specifice precum durere în gât sau durere la nivelul articulaţiei genunchiului. Asemeni unui croitor care ajustează o ţinută vestimentară, veţi adapta scopul anamnezei şi examenului fizic la situaţiile particulare ale fiecărui pacient, ţinând seama de câteva aspecte:

magnitudinea şi severitatea simptomelor pacientului; necesitatea unei evaluări meticuloase; cadrul clinic - pacient internat sau în regim ambulator, îngrijiri medicale primare sau de specialitate; şi timpul disponibil. Cunoaşterea tuturor componentelor evaluării amănunţite vă permite să selectaţi elementele adecvate problemelor pacientului întrunind în acelaşi timp standardele clinice de bună practică şi acurateţe diagnostică.

Anamneza şi examenul fizic: general sau focalizat?

Evaluarea generală	Evaluarea focalizată
• Este adecvată pentru pacienţii noi care se prezintă la spital sau cabinetul medical • Furnizează informaţii esenţiale şi personalizate despre pacient • Consolidează relaţia medic - pacient • Contribuie la identificarea sau excluderea cauzelor simptomelor pacientului • Furnizează un punct de referinţă pentru evaluările ulterioare • Creează baza pentru profilaxie prin intermediul educaţiei şi al consilierii • Contribuie la dobândirea experienţei în efectuarea examenului fizic.	• Este adecvată pacienţilor cunoscuţi, în special în cadrul vizitelor de rutină sau de urgenţă • Se adresează unor probleme şi simptome precise • Investighează simptomele care interesează un anumit sistem al organismului uman • Foloseşte metode de examinare adecvate pentru evaluarea cât mai exactă şi minuţioasă a simptomului sau problemei

După cum puteţi constata, *examinarea generală* cuprinde mai mult decât evaluarea sistemelor şi aparatelor organismului uman. Constituie o sursă de informaţii esenţiale şi personalizate despre pacient care consolidează relaţia medic-pacient. Examinarea generală furnizează o bază mai cuprinzătoare pentru evaluarea problemelor pacientului şi pentru a răspunde întrebărilor acestuia.

În cazul examinării focalizate, trebuie să selectaţi metodele necesare unei evaluări minuţioase a problemei-ţintă. Simptomele pacientului, vârsta, istoricul stării de sănătate, precum şi cunoaşterea de către medic a modului de prezentare a diverselor afecţiuni ajută la stabilirea scopului examinării focalizate. De exemplu, dintre toţi pacienţii care acuză durere în gât, va trebui să decideţi care au mononucleoză infecţioasă şi necesită palparea atentă a ficatului şi splinei, şi care au o banală infecţie virală a căilor respiratorii superioare şi nu necesită această examinare. Raţionamentul clinic care stă la baza şi ghidează astfel de decizii este discutat în Capitolul 2.

Dar *vizitele de rutină pentru control* sau *examinarea fizică periodică*? Câteva studii au analizat utilitatea examenului fizic general riguros cu scopul de screening şi prevenţie a diverselor boli comparativ cu evaluarea simptomelor.[1-6] Constatările au confirmat importanţa tehnicilor de examinare fizică: măsurarea presiunii arteriale, evaluarea presiunii venoase centrale cu ajutorul pulsului venos jugular, auscultaţia cordului pentru a identifica valvulopatiile, examinarea clinică a sânului, depistarea hepatomegaliei şi splenomegaliei, şi examinarea

pelvină asociată cu testul Papanicolaou. Diverse grupuri de specialişti şi comisii de experţi au extins şi mai mult recomandările de screening şi examinare fizică. Un grup din ce în ce mai mare de dovezi atestă utilitatea numeroaselor informaţii furnizate de evaluarea clinică şi tehnicile de examinare.[7-9]

Informaţii subiective versus informaţii obiective. Pe măsură ce vă însuşiţi tehnicile efectuării anamnezei şi examenului fizic, amintiţi-vă deosebirile esenţiale dintre ***informaţiile subiective*** şi ***informaţiile obiective***, sintetizate în tabelul de mai jos. Cunoaşterea acestor diferenţe vă ajută să grupaţi datele despre pacient. Aceste deosebiri sunt la fel de importante şi pentru structurarea logică şi inteligibilă a prezentărilor de caz orale sau scrise.

Deosebirile dintre informaţiile subiective şi cele obiective

Informaţii subiective	Informaţii obiective
Ceea ce relatează pacientul	Ceea ce depistaţi în calitate de medici în timpul examinării
Istoricul pacientului, de la simptomul principal până la revizuirea sistemelor şi aparatelor	Toate constatările examenului fizic
Exemplu: Doamna G este o coafeză în vârstă de 54 de ani care acuză senzaţie de presiune la nivelul hemitoracelui anterior stâng, „ca şi cum ar sta acolo un elefant", iradiată în partea stângă a gâtului şi braţul stâng.	*Exemplu:* Doamna G este o femeie în vârstă, supraponderală, cu aspect plăcut, cooperantă. Înălţime 1,62 m, greutate 68 kg, IMC 26, TA 160/80, frecvenţa cardiacă 96, regulată, frecvenţa respiratorie 24, temperatura corporală 36° C

EVALUAREA AMĂNUNŢITĂ A PACIENTULUI ADULT

ANAMNEZA GENERALĂ A PACIENTULUI ADULT

Noţiuni introductive. Vom descrie în această secţiune cele şapte componente ale *Anamnezei generale a pacientului adult*:

Pentru *anamneza pediatrică amănunţită*, vezi Capitolul 18, Evalurea pacientului pediatric: din perioada de sugar la cea de adolescenţă.

- Date informative şi sursa anamnezei
- Simptomul (simptomele) principal(e)
- Istoricul bolii actuale
- Antecedente personale patologice
- Antecedente heredo-colaterale
- Istoricul personal şi social
- Revizuirea sistemelor şi aparatelor

Așa cum veți învăța în Capitolul 3, Anamneza și antecedentele personale, atunci când discutați cu un pacient, anamneza rareori respectă ordinea acestor etape! Interviul este mult mai fluid ... veți urmări cu atenție relatările *pacientului* pentru a înțelege percepția lui despre boală, pentru a oferi compasiune și a consolida relația cu acesta. Totuși, veți descoperi repede cum să integrați diferite aspecte ale relatării pacientului în caracterul mai formal al prezentărilor orale și documentelor medicale. Veți transforma exprimarea și relatarea pacientului în cele șapte elemente ale limbajului clinic atât de cunoscut tuturor membrilor echipei de servicii medicale. Această restructurare vă organizează raționamentul clinic și vă oferă un model pentru îmbogățirea experienței clinice.

Înainte de aprofundarea cunoștințelor clinice, recapitulați caracteristicile componentelor anamnezei pacientului adult descrise mai jos, apoi studiați explicațiile detaliate care urmează.

Noțiuni introductive: Componentele anamnezei pacientului adult

Date informative	• *Date informative* - precum vârsta, sexul, ocupația, starea civilă • *Sursa anamnezei* - de obicei pacientul, dar poate fi un membru al familiei sau un prieten, un bilet de trimitere sau un document medical • Dacă este adecvat, stabiliți *sursa biletului de trimitere* deoarece ar putea fi necesar un document medical scris
Credibilitatea	Variază în funcție de memoria, încrederea și starea de dispoziție a pacientului
Simptomul (simptomele) principal(e)	Unul sau mai multe simptome sau acuze care determină pacientul să ceară ajutor medical
Istoricul bolii actuale	• Explică amănunțit *Simptomul principal*; descrie modul în care a apărut fiecare simptom • Include opiniile și atitudinea pacientului față de boală • Cuprinde părți importante din *Revizuirea sistemelor și aparatelor*, numite „simptome pozitive și negative" (vezi pag. 10) • Poate conține *medicația, alergiile*, obiceiuri precum *fumatul* și *consumul de alcool*, care sunt frecvent asociate cu boala actuală
Antecedente personale patologice	• Cuprinde bolile copilăriei • Conține afecțiunile perioadei adulte cu date despre cel puțin patru categorii de afecțiuni: medicale; chirurgicale; obstetrică/ginecologie; psihiatrice • Include metode de menținere a stării de sănătate precum imunizări, teste de screening, aspecte privind stilul de viață și siguranța la domiciliu
Antecedente heredo-colaterale	• Menționează sau schematizează vârsta și starea de sănătate, sau vârsta și cauza decesului fraților, surorilor, părinților și bunicilor • Documentează prezența sau absența în familie a unor afecțiuni specifice, precum hipertensiunea arterială, boala coronariană, etc.
Istoricul personal și social	Descrie nivelul de educație, proveniența familiei, persoanele împreună cu care domiciliază pacientul, hobby-urile și stilul de viață
Revizuirea sistemelor și aparatelor	Documentează prezența sau absența simptomelor frecvente asociate fiecărui sistem și aparat al organismului uman

Informații inițiale

Data și ora efectuării anamnezei. Data efectuării anamnezei este întotdeauna importantă. Asigurați-vă că ați notat ora la care ați examinat pacientul, în special în cazul urgențelor, situațiilor cu evoluție imprevizibilă, sau în cazul pacienților spitalizați.

Date informative. Acestea includ vârsta, sexul, starea civilă și ocupația. *Sursa anamnezei* sau *trimiterii* poate fi pacientul, un membru al familiei sau un prieten, un ofițer, un consultant, sau un document medical. Identificarea *sursei biletului de trimitere* vă poate ajuta să evaluați natura informațiilor furnizate și posibilele discrepanțe ale datelor.

Credibilitatea. Documentați această informație dacă este necesar. De exemplu, „Pacientul descrie vag simptomele, iar detaliile sunt confuze." Această remarcă reflectă calitatea informațiilor oferite de pacient și este de obicei consemnată la sfârșitul anamnezei.

Simptomul (simptomele) principal(e). *Încercați pe cât posibil să folosiți cuvintele pacientului.* De exemplu, „Mă doare stomacul și mă simt foarte rău." Uneori pacienții nu prezintă nici un simptom. În aceste situații notați scopul vizitei lor. De exemplu, „Am venit pentru o vizită obișnuită de control" sau „Am fost internat pentru investigații cardiologice amănunțite."

Istoricul bolii actuale. Această secțiune a anamnezei reprezintă o contabilizare completă, exactă și cronologică a problemelor care au determinat pacientul să se prezinte la medic.

- Fiecare simptom principal trebuie descris amănunțit precizând (1) localizarea; (2) caracterul; (3) intensitatea sau severitatea; (4) momentul de apariție, incluzând debutul, durata și frecvența; (5) condițiile de apariție; (6) factorii care agravează sau ameliorează simptomul; și (7) fenomene de însoțire. Aceste ***șapte caracteristici*** sunt indispensabile pentru înțelegerea tuturor simptomelor pacientului. Vezi Capitolul 3, *Anamneza și antecedentele personale,* pag. 55-98. De asemenea, este importantă includerea „simptomelor pozitive" și „simptomelor negative" asociate cu *Simptomul principal* din secțiunea *Revizuirea aparatelor și sistemelor.* Acestea indică prezența sau absența simptomelor relevante pentru *diagnosticul diferențial,* care se referă la cele mai probabile diagnostice ce explică acuzele pacientului.

- Deseori sunt utile și alte informații, precum factorii de risc pentru boala coronariană în cazul pacienților care acuză durere precordială, sau medicația curentă în cazul celor cu sincopă.

- *Istoricul bolii* actuale ar trebui să conțină atitudinea pacientului față de simptome și modul în care boala afectează viața acestuia. Nu uitați că *informațiile sunt furnizate în mod spontan de către pacient, dar responsabilitatea organizării orale și scrise vă aparține.*

- Pacienții prezintă frecvent mai mult de un simptom sau o acuză. Fiecare *simptom* merită propriul paragraf și o descriere completă.

- ***Medicația*** trebuie notată, inclusiv denumirea, doza, modul de administrare și frecvența utilizării. De asemenea, notați și remediile tradiționale, medicamentele care nu necesită rețetă, vitaminele și suplimentele minerale sau cele pe bază de plante, contraceptivele orale și medicamentele împrumutate de la membrii familiei sau prieteni. Cereți pacienților să aducă toate medicamentele pentru a determina exact medicația administrată la domiciliu.

- ***Alergiile***, inclusiv *reacțiile specifice* la fiecare medicament, de exemplu erupțiile cutanate sau senzația de greață, trebuie consemnate, ca și alergiile la diverse alimente, insecte sau factori de mediu.

- Notați ***consumul de tutun***, inclusiv felul acestuia. Fumatul de țigarete este frecvent cuantificat în pachete-ani (o persoană care a fumat 1½ pachete pe zi timp de 12 ani are un istoric de 18 pachete-ani). Dacă pacientul a renunțat la fumat, precizați de cât timp.

- ***Consumul de alcool și droguri*** trebuie întotdeauna investigat. Vezi Capitolul 3, *Anamneza și antecedentele personale*, pentru întrebări sugestive (pag. 84-85). (Evitați limitarea *Istoricului personal și social* la aceste aspecte dacă le includeți în această categorie.)

Antecedente personale patologice

- ***Bolile copilăriei***, precum rujeola, rubeola, parotidita epidemică (oreionul), tusea convulsivă, varicela, reumatismul articular acut, scarlatina și poliomielita sunt incluse în *Antecedentele personale patologice*. Această categorie cuprinde și eventualele boli cronice din copilărie.

- Furnizați informații privind fiecare din cele patru categorii de ***afecțiuni ale perioadei adulte***:

  - *Medicale:* boli precum diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, hepatita, astmul bronșic și infecția cu HIV; spitalizările; numărul și sexul partenerilor sexuali; practicile sexuale riscante

  - *Chirurgicale:* data, indicațiile și tipul intervenției chirurgicale

  - *Obstetrică/ginecologie:* istoricul sarcinilor, istoricul ciclului menstrual, metodele contraceptive și funcția sexuală

  - *Psihiatrice:* boli psihiatrice și durata lor, diagnostice, spitalizări și tratament

- Includeți de asemenea și aspecte ale *Menținerii stării de sănătate*, în special *imunizările* și testele de screening. În cazul *imunizărilor*, documentați-vă dacă pacientul a primit vaccinurile anti- tetanos, pertussis, difteric, poliomielitic, rujeolic, rubeolic, oreion, gripal, varicelă, hepatită B, *Haemophilus influenzae* tip B și pneumococic. În cazul *testelor de screening*, documentați intradermoreacția (IDR) la tuberculină, testele Papanicolaou, mamografiile, testele pentru determinarea hemoragiilor oculte în scaun, lipidogramele, împreună cu rezultatele acestora și data ultimei efectuări. Dacă pacientul nu cunoaște aceste informații, este necesară o aprobare scrisă pentru obținerea documentelor medicale anterioare.

Antecedente heredo-colaterale. În această categorie, menționați sau schematizați vârsta și starea de sănătate sau vârsta și cauza decesului fiecărei rude apropriate, inclusiv părinți, bunici, frați, surori, copii și nepoți. *Revizuiți fiecare dintre următoarele afecțiuni și consemnați prezența sau absența lor în familie:* hipertensiunea arterială, boala coronariană, hipercolesterolemia, accidentul vascular cerebral, diabetul zaharat, bolile tiroidiene și renale, artrita, tuberculoza, astmul bronșic sau bolile pulmonare, cefaleea, afecțiunile convulsive, bolile psihice, suicidul, abuzul de droguri, și alergiile, precum și simptomele raportate de pacient. Documentați existența istoricului familial de cancer de sân, ovarian, de colon sau prostată. Întrebați pacientul despre existența bolilor transmise genetic.

Istoricul personal și social. *Istoricul personal și social* cuprinde date despre personalitatea și hobby-urile pacientului, sursele de ajutor, metodele de adaptare, abilitățile și temerile acestuia. De asemenea, această secțiune trebuie să includă ocupația și anul absolvirii ultimei școli; situația de la domiciliu și persoanele foarte apropriate; sursele de stres, atât recente cât și pe termen lung; experiențele de viață însemnate, precum serviciul militar, istoricul locurilor de muncă, situația financiară și pensionarea; activitățile din timpul liber; afilierea religioasă și convingerile spirituale; activitățile obișnuite ale vieții cotidiene (ADL - „activities of daily living"). Nivelul de referință al funcționalității este important mai ales în cazul pacienților vârstnici sau cu dizabilități (vezi pag. 906 pentru ADL evaluate uzual la vârstnici). *Istoricul personal și social* aduce informații privind comportamentele care promovează sănătatea sau care reprezintă factori de risc, precum *exercițiile fizice* (și frecvența lor) și *nutriția*; aportul zilnic obișnuit de alimente; suplimentele sau restricțiile alimentare; consumul de cafea, ceai și alte băuturicu conținut de cafeină; și *măsurile de siguranță*, inclusiv folosirea centurilor de siguranță, căștilor de protecție, cremelor de protecție solară, detectoarelor de incendii și altor dispozitive pentru diverse pericole. Se pot include în această secțiune și *practicile alternative privind îngrijirea sănătății.*

Pe parcursul anamnezei, pentru a aduce un plus de confort pacientului, puteți adresa întrebări personale și prietenoase.

Revizuirea sistemelor și aparatelor. Înțelegerea și folosirea întrebărilor din cadrul acestei secțiuni reprezintă deseori provocări dificile pentru studenții începători. Gândiți-vă cum să adresați pacientului o serie de întrebări care să vizeze întregul organism „din cap până în picioare". Este utilă pregătirea pacientului pentru aceste întrebări, spunându-i „Următoarea parte a anamnezei poate părea plictisitoare, dar sunt întrebări importante și vreau să fiu meticulos." Majoritatea întrebărilor din cadrul *Revizuirii sistemelor și aparatelor* vizează *simptomele*, dar ocazional unii medici includ și afecțiuni precum pneumonia sau tuberculoza.

Începeți cu o întrebare generală pentru fiecare sistem sau aparat. Aceasta va concentra atenția pacientului și vă permite să treceți la întrebări mai specifice legate de aparatele și sistemele ce impun o evaluare mai cuprinzătoare. Exemple de întrebări introductive sunt „Aveți probleme cu urechile sau auzul?" „Dar cu plămânii sau respirația?" „Aveți probleme cu inima?" „Aveți probleme cu digestia?" „Dar cu scaunul?" Remarcați că necesitatea întrebărilor adiționale variază în funcție de vârsta pacientului, acuzele acestuia, starea generală de sănătate și raționamentul clinic.

Întrebările din cadrul *Revizuirii sistemelor și aparatelor* pot releva probleme pe care pacientul le-a trecut cu vederea, în special în arii neasociate cu boala actuală. Evenimentele semnificative privind starea de sănătate, precum o afecțiune anterioară importantă sau decesul unui părinte, trebuie investigate amănunțit.

Amintiți-vă că evenimentele majore privind starea de sănătate trebuie menționate în secțiunile Istoricul bolii actuale sau Antecedente personale patologice din documentul medical. Tehnica adoptată trebuie să fie flexibilă. Intervievarea pacientului relevă numeroase constatări pe care le veți organiza în documente oficiale scrise abia după efectuarea anamnezei și examenului fizic.

Unii medici efectuează *Revizuirea sistemelor și aparatelor* concomitent cu examenul fizic, de exemplu adresând pacientului întrebările referitoare la urechi în timp ce le examinează. Dacă pacientul prezintă doar câteva simptome, această combinare poate fi eficientă. Însă dacă simptomele sunt numeroase, continuitatea anamnezei și examenului fizic poate fi compromisă iar consemnarea constatărilor devine dificilă.

Mai jos este prezentată o serie de întrebări standard utilizate în cadrul revizuirii sistemelor și aparatelor. Pe măsură ce veți dobândi experiență, întrebările tip „da sau nu" plasate la sfârșitul anamnezei nu vor dura mai mult decât câteva minute.

Date generale: greutatea obișnuită, modificări recente ale greutății, haine care au devenit mai strâmte sau mai largi. Astenie, fatigabilitate, sau febră.

Tegumente: erupții cutanate, tumefacții, leziuni, prurit, xeroză cutanată, modificări ale culorii; modificări ale părului sau unghiilor; modificări ale dimensiunii sau culorii nevilor pigmentari.

Cap, ochi, urechi, nas și faringe: *Cap:* cefalee, leziuni, amețeli, senzație de cap gol. *Ochi*: acuitate vizuală, ochelari de vedere sau lentile de contact, data ultimei examinări oftalmologice, prezența durerii, hiperemie, lăcrimare excesivă, vedere dublă sau încețoșată, scotoame sau fosfene, glaucom, cataractă. *Urechi*: acuitatea auditivă, tinitus, vertij, otalgie, infecție, secreții. În cazul hipoacuziei, prezența sau absența aparatelor auditive. *Nas și sinusuri*: infecții virale ale căilor respiratorii superioare frecvente, congestie nazală, secreții, prurit; rinită alergică; epistaxis; patologie sinusală. *Faringe* (sau *cavitatea bucală și faringe*): starea dinților și a gingiilor; sângerări gingivale; prezența protezelor dentare și potrivirea acestora; ultima examinare stomatologică; leziuni la nivelul limbii; xerostomie; dureri frecvente în gât; disfonie.

Regiune cervicală: ganglioni limfatici cervicali palpabili; glandă tiroidă mărită de volum (gușă); noduli; durere sau redoarea cefei.

Sâni: noduli, durere sau disconfort; secreții mamelonare; practicarea tehnicilor de auto-examinare.

Aparat respirator: tuse, spută (culoare, cantitate), hemoptizie, dispnee, wheezing, pleurezie, data ultimei radiografii pulmonare. Includeți în această secțiune astmul bronșic, bronșita, emfizemul pulmonar, pneumonia și tuberculoza.

Aparat cardiovascular: patologie cardiacă, hipertensiune arterială, reumatism articular acut, sufluri cardiace; disconfort sau dureri precordiale; palpitații, dispnee, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă, edeme; rezultatul electrocardiogramelor anterioare sau al altor investigații cardiologice.

Aparat digestiv: dificultăți la deglutiție, pirozis, apetit, senzație de greață. Scaunul - frecvența, culoarea și dimensiunea, modificări ale tranzitului intestinal, durere la defecație, hemoragii rectale sau scaune de culoare neagră, „ca păcura", hemoroizi, constipație, diaree. Dureri abdominale, intoleranță alimentară, eructații sau flatulență excesive. Icter, afecțiuni ale ficatului sau vezicii biliare; hepatită.

Sistem vascular periferic: claudicație intermitentă; crampe musculare la nivelul membrelor inferioare; vene varicoase; tromboză venoasă în antecedente; edeme la nivelul gambelor, coapselor sau picioarelor; modificări de culoare la nivelul vârfurilor degetelor de la mâini sau picioare în condiții de vreme rece; edeme asociate cu eritem și sensibilitate locală.

Aparat urinar: frecvența micțiunilor, poliurie, nicturie, senzație de micțiune imperioasă, senzație de usturime sau durere la urinare, hematurie, infecții urinare, dureri la nivelul rinichilor sau lombare, litiază renală, colică ureterală, durere suprapubiană, incontinență urinară; la bărbați, diminuarea calibrului și presiunii jetului urinar, dificultate în inițierea micțiunii, pierderi urinare.

Aparat genital: *Masculin:* hernii, secreții peniene, leziuni peniene, durere sau formațiuni la nivelul testiculelor, edem sau durere la nivelul scrotului, istoric de boli cu transmitere sexuală și tratamentul acestora. Obiceiuri sexuale, orientarea sexuală, funcția sexuală, satisfacția sexuală, metode contraceptive, utilizarea prezervativelor și probleme asociate acestor aspecte. Îngrijorări legate de infecția cu HIV. *Feminin:* vârsta în momentul instalării menarhei; regularitatea, frecvența și durata ciclurilor menstruale; cantitatea de sânge pierdut; hemoragie între menstre sau după contactul sexual; ultima menstruație; dismenoreea; sindromul premenstrual. Vârsta la care s-a instalat menopauza, simptome asociate menopauzei, hemoragii postmenopauză. Expunerea la dietilstilbestrol (DES) in utero (asociată cu cancerul cervical), dacă pacienta este născută înainte de 1971. Secreții vaginale, prurit, leziuni, noduli, boli cu transmitere sexuală și tratamentul acestora. Numărul sarcinilor, numărul și tipul nașterilor, numărul de avorturi (spontane și la cerere), complicații ale sarcinilor, metode contraceptive. Preferințele sexuale, orientarea sexuală, funcția sexuală, satisfacția sexuală și probleme asociate acestor aspecte, inclusiv dispareunia. Îngrijorări legate de infecția cu HIV.

Sistem osteomuscular: dureri musculare sau articulare, rigiditate, artrită, gută, dureri dorso-lombare. Dacă sunt prezente, precizați localizarea mușchilor și articulațiilor afectate, existența edemului, eritemului, durerii, sensibilității, rigidității, slăbiciunii sau limitării mișcărilor și activității; notați momentul apariției simptomelor (de ex. dimineața sau seara), durata lor și existența unui istoric de traumatism. Dureri la nivelul coloanei cervicale sau lombare. Dureri articulare asociate cu manifestări sistemice precum febră, frisoane, erupții cutanate, anorexie, scădere ponderală sau astenie.

Evaluare psihiatrică: nervozitate; stres; starea de dispoziție, inclusiv depresia, tulburări de memorie, tentative de suicid, dacă este cazul.

Sistem nervos: modificări ale dispoziției, atenției, sau vorbirii; modificări ale orientării în spațiu, memoriei, discernământului sau raționamentului; cefalee, amețeli, vertij; lipotimie, sincope, crize convulsive, slăbiciune, paralizie, parestezie sau pierderea sensibilității, furnicături sau înțepături, tremor sau alte mișcări involuntare; convulsii.

Evaluare hematologică: anemie, echimoze sau sângerări care apar ușor, transfuzii de sânge în antecedente, reacții transfuzionale.

Sistem endocrin: patologie tiroidiană, intoleranță la căldură sau frig, transpirații excesive, senzație de sete sau foame excesive, poliurie, modificări ale mărimilor mănușilor sau pantofilor.

EXAMENUL FIZIC AMĂNUNȚIT AL PACIENTULUI ADULT

Inițierea examenului fizic: pregătirea mediului

Înainte de a începe examenul fizic, pregătiți-vă pentru sarcinile pe care le aveți de îndeplinit. Analizați modul în care abordați pacientul, conduita profesională și metodele care aduc pacientului un plus de confort și relaxare. Recapitulați măsurile care promovează confortul fizic al pacientului și ajustați după cum este cazul iluminatul și mediul înconjurător.

Pentru anamneza pediatrică amănunțită, vezi Capitolul 18, Evalurea pacientului pediatric: din perioada de sugar la cea de adolescență.

Pregătirea pentru efectuarea examenului fizic

- Reflectați asupra modului de abordare a pacientului
- Ajustați iluminatul și mediul înconjurător
- Asigurați confortul pacientului
- Verificați echipamentul medical
- Alegeți succesiunea etapelor examenului fizic

Reflectați asupra modului de abordare a pacientului. La început, sentimentele de nesiguranță sunt inevitabile, dar acestea vor dispărea odată cu dobândirea experienței. Fiți direcți. Prezentați-vă ca student. Încercați să păreți calmi, organizați și competenți, chiar dacă nu vă simțiți astfel. Omiterea unei părți a examenului fizic este frecventă, mai ales la început! Examinați pur și simplu regiunea anatomică respectivă cu atenție, chiar dacă nu respectați ordinea firească a evaluării. Nu este neobișnuit să vă întoarceți la patul bolnavului și să cereți permisiunea să efectuați manevrele de examinare pe care le-ați omis.

Începătorii vor aloca mai mult timp decât medicii cu experiență anumitor părți ale examenului fizic, precum examinarea oftalmologică sau auscultația cordului. Pentru a evita alarmarea pacientului, spuneți-i de exemplu, „Aș vrea să vă ausculț inima și zgomotele inimii mai mult timp, dar aceasta nu înseamnă că ceva este în neregulă."

Majoritatea pacienților privesc examenul fizic cu oarecare anxietate. Mulți se simt vulnerabili, expuși din punct de vedere fizic, anxioși privind o posibilă durere și îngrijorați în legătură cu ceea ce va constata medicul. În același timp, pacienții apreciază preocuparea medicului pentru problemele lor și vor răspunde atenției acestuia. Ținând seama de aceste considerații, un clinician cu experiență este meticulos fără a irosi timpul, sistematic fără a fi rigid, blând fără a-i fi teamă să provoace disconfort dacă este necesar. Un medic experimentat examinează fiecare regiune anatomică a corpului uman și în același timp percepe pacientul ca pe un întreg, remarcă anxietatea sau privirea îngrijorată a acestuia și îi comunică informații care au scopul de a liniști, explica și încuraja.

Cu timpul veți începe să împărtășiți pacientului concluziile examinării. Ca începător, *evitați interpretarea constatărilor.* Nu sunteți medicul

pacientului, iar punctele dumneavoastră de vedere pot fi contradictorii sau eronate. Pe măsură ce dobândiţi experienţă şi responsabilitate, veţi putea comunicare constatările făcute. Dacă pacientul relatează acuze specifice, discutaţi-le cu îndrumătorii înainte de a linişti pacientul. Uneori veţi depista mase tumorale potenţial maligne sau ulcere profunde infectate. Întotdeauna evitaţi să vă manifestaţi aversiunea, îngrijorarea sau alte reacţii negative.

Ajustaţi iluminatul şi mediul înconjurător. În mod surprinzător, diverşi factori ce ţin de mediul înconjurător afectează valoarea şi credibilitatea examenului fizic. Pentru a obţine un examen fizic de calitate, este importantă ajustarea mediului cabinetului medical astfel încât atât medicul cât şi pacientul să se simtă confortabil. Veţi descoperi că poziţiile incomode influenţează calitatea examinării. Alocaţi timp pentru a regla patul la o înălţime convenabilă (dar nu uitaţi să îl coborâţi atunci când terminaţi examinarea!) şi cereţi pacientului să se aşeze mai aproape de dumneavoastră dacă aceasta uşurează examinarea mai atentă a unei regiuni anatomice.



LUMINĂ TANGENŢIALĂ



LUMINĂ PERPENDICULARĂ

O bună iluminare şi un mediu liniştit reprezintă elemente importante care contribuie la ceea ce vedeţi şi auziţi, dar pot fi dificil de ajustat. Faceţi tot posibilul. Dacă televizorul interferează cu auscultaţia cordului, cereţi politicos pacientului vecin să reducă volumul. Majoritatea persoanelor cooperează cu plăcere. Fiţi politicoşi şi amintiţi-vă să mulţumiţi pacientului atunci când părăsiţi încăperea.

Iluminarea tangenţială este optimă pentru inspectarea structurilor precum pulsul venos jugular, glanda tiroidă şi şocul apexian. De asemenea, aceasta reliefează suprafeţele care prezintă contururi, tumefacţii sau depresiuni, fie în repaus, fie în timpul mişcării.

Atunci când lumina cade perpendicular pe o suprafaţă sau este difuză, umbrele sunt diminuate iar unele elemente subtile nu se mai pot distinge. Experimentaţi focalizând lumina tangenţială la nivelul tendoanelor feţei dorsale a mâinii; încercaţi să vizualizaţi pulsaţiile arterei radiale la nivelul articulaţiei radiocarpiene.

Verificaţi echipamentul medical. Echipamentul necesar efectuării examenului fizic este reprezentat de următoarele:

ECHIPAMENTUL NECESAR EFECTUĂRII EXAMENULUI FIZIC

- Un oftalmoscop şi un otoscop. Dacă otoscopul este utilizat pentru examinarea copiilor, acesta trebuie să permită otoscopia pneumatică.
- O lanternă medicală sau un pix prevăzut cu lanternă
- Un apăsător pentru limbă
- O riglă şi un taliometru, de preferat divizat în centimetri
- Un termometru
- Un ceas prevăzut cu secundar
- Un sfigomomanometru
- Un stetoscop cu următoarele caracteristici:

(continuare în pagina următoare)

ECHIPAMENTUL NECESAR EFECTUĂRII EXAMENULUI FIZIC (CONTINUARE)

- Dispozitive auriculare confortabile, care nu cauzează durere. Pentru a le fixa, alegeţi dispozitivele auriculare de mărimea adecvată, aliniaţi-le cu conductele auditive externe şi ajustaţi partea flexibilă a porţiunii metalice până la obţinerea unei etanşeităţi confortabile.
- Tub cu pereţii groşi, cât mai scurt pentru a maximiza transmiterea sunetului: de preferat aproximativ 30 cm, dar nu mai lung de 38 cm
- O pâlnie şi o membrană cu un bun mecanism de comutare
- Mânuşi şi lubrifiant pentru examinarea cavităţii bucale, examinarea vaginală şi rectală
- Specul ginecologic şi echipament necesar recoltării probelor citologice şi eventual bacteriologice
- Un ciocan de reflexe
- Diapazoane, unul de 128 Hz şi unul de 512 Hz
- Beţişoare, ace sau alte obiecte de unică folosinţă pentru testul discriminării între două puncte
- Bucăţi de vată pentru testarea sensibilităţii tactile fine
- Două eprubete (opţional) pentru testarea sensibilităţii termice
- Hârtie şi stilou sau pix

Asiguraţi confortul pacientului. Accesul la corpul pacientului este un privilegiu unic şi consacrat al rolului unui medic. Respectarea intimităţii şi decenţei pacientului trebuie să facă parte din conduita profesională a unui medic. Aceasta ajută pacientul să se simtă respectat şi relaxat. Asiguraţi-vă că aţi închis uşile şi că aţi tras perdelele despărţitoare din încăperea de consultaţii înainte de a începe examinarea.

Pe măsură ce veţi studia fiecare segment al examenului fizic din capitolele următoare, veţi dobândi arta *îmbrăcării pacientului* cu halatul de spital sau acoperirii acestuia cu cearceaful medical. Scopul este *vizualizarea pe rând a fiecărei regiuni anatomice a corpului pacientului.* Astfel se conservă intimitatea pacientului şi în acelaşi timp vă ajută să vă concentraţi asupra zonei pe care o examinaţi. De exemplu, cu pacientul în poziţie şezândă, desfaceţi halatul în spate pentru a ausculta mai bine plămânii. Pentru examinarea sânilor, descoperiţi sânul drept dar lăsaţi acoperită partea stângă a toracelui. Reacoperiţi partea dreaptă a toracelui, apoi descoperiţi partea stângă şi începeţi examinarea sânului stâng şi a cordului. Pentru examinarea organelor abdominale, doar abdomenul trebuie să fie expus. Ajustaţi halatul de spital pentru a acoperi toracele şi mascaţi zona inghinală cu ajutorul cearceafului.

Ajutaţi pacientul să se pregătească pentru examinarea unor zone intime, prin descrierea succintă a manevrelor înainte de a începe. Pe parcursul examinării, comunicaţi pacientului fiecare etapă, în special atunci când anticipaţi momente stânjenitoare sau disconfort, de exemplu palparea pulsului femural. De asemenea, încercaţi să estimaţi cât de multe informaţii doreşte pacientul să primească. Este pacientul interesat de constatările examinării aparatului respirator sau de tehnica examinării ficatului sau splinei?

Asiguraţi-vă că indicaţiile pe care le adresaţi pacientului la fiecare etapă a examinării sunt politicoase şi clare. De exemplu, „Aş dori să examinez inima, vă rog să vă întindeţi."

La fel ca în cazul anamnezei, manifestați empatie față de sentimentele pacientului și confortul fizic al acestuia. Urmărind mimica pacientului și chiar întrebând pe parcursul examinării „Vă simțiți bine?", puteți dezvălui deseori temeri neexprimate sau surse de durere. Pentru diminuarea disconfortului, poate fi de ajutor ajustarea înclinării patului sau a mesei de examinare. Rearanjarea pernelor sau folosirea mai multor pături pentru încălzire dovedesc atenția pe care o manifestați pentru confortul pacientului.

După ce ați terminat examinarea, comunicați pacientului constatările generale și etapele următoare. În cazul pacienților internați în spital, asigurați-vă că aceștia se simt confortabil și rearanjați mediul înconjurător după preferințele lor. Asigurați-vă că ați coborât patul pentru a reduce riscul căderilor și că ați ridicat cadrul de protecție dacă este cazul. Înainte de a părăsi salonul spălați-vă pe mâini, curățați echipamentul medical și aruncați materialele de unică folosință.

Alegeți succesiunea etapelor examenului fizic. Este important de precizat că *secretul unui examen fizic amănunțit și exact este însușirea unei succesiuni sistematice a examinării.* Organizați-vă examinarea amănunțită sau focalizată în funcție de trei obiective principale:

- Maximizați confortul pacientului.
- Evitați modificările inutile de poziție.
- Puneți accent pe eficacitatea clinică.

În general, examinați pacientul „din cap până în picioare". Evitați să examinați picioarele înainte de a examina fața sau cavitatea bucală. Veți remarca în scurt timp că unele etape ale examinării, precum examinarea capului și gâtului, a toracelui și plămânilor, sunt efectuate cel mai bine cu pacientul în poziție șezândă, în timp ce altele sunt efectuate cel mai bine cu pacientul în decubit dorsal, de exemplu examinarea aparatului cardiovascular și a aparatului digestiv.

Deseori veți fi nevoiți să examinați pacientul în *clinostatism*, în special în spital, când pacienții nu pot sta în poziție șezândă sau în picioare. Această situație impune modificarea succesiunii etapelor examenului fizic. Examinați capul, gâtul și toracele anterior cu pacientul în decubit dorsal. Apoi rotiți pacientul pe fiecare parte și auscultați plămânii, examinați regiunea posterioară a trunchiului, și inspectați tegumentele. Poziționați din nou pacientul în decubit dorsal și continuați examinarea în această poziție.

Pe măsură ce exersați, vă veți însuși propria succesiune a examinării, ținând cont de necesitatea unui examen fizic meticulos și de confortul pacientului. La început veți avea nevoie de notițe pentru a vă reaminti etapele examinării fiecărei regiuni anatomice a corpului uman, dar după câteva luni de practică veți dobândi o succesiune de rutină proprie. Această succesiune va deveni un obicei și vă va aminti să reveniți asupra unei etape a examenului fizic pe care ați omis-o, ajutându-vă în acest fel să fiți meticuloși.

Pentru o privire de ansamblu asupra succesiunii etapelor examenului fizic, studiați schema de la pagina următoare.

EXAMENUL FIZIC: REZUMATUL SUCCESIUNII RECOMANDATE

- Inspecție generală
- Parametrii vitali
- Tegumente: regiunea superioară, anterioară și posterioară a trunchiului
- Cap și gât, inclusiv glanda tiroidă și ganglionii limfatici
- *Opțional:* sistem nervos (statusul mental, nervii cranieni, forța, troficitatea și tonusul muscular ale membrelor superioare; funcția cerebeloasă)
- Torace și plămâni
- Sâni
- Sistem osteomuscular după caz: membrele superioare
- Aparat cardiovascular, inclusiv pulsul venos jugular, pulsațiile și suflurile carotidiene, șocul apexian, etc.
- Aparat cardiovascular, pentru depistarea Z3 și a suflului de stenoză mitrală
- Aparat cardiovascular, pentru depistarea suflului de insuficiență aortică
- *Opțional:* torace și plămâni - regiunea anterioară
- Sâni și axile
- Abdomen
- Sistem vascular periferic; *Opțional:* tegumente - trunchi inferior și membre inferioare
- Sistem nervos: forța, troficitatea, tonusul muscular și sensibilitatea membrelor inferioare; reflexele; semnul Babinski
- Sistem osteomuscular, după caz
- *Opțional:* tegumente, anterior și posterior
- *Opțional:* sistem nervos, inclusiv mersul
- *Opțional:* sistem osteomuscular, amănunțit
- *La femei:* examinare pelvină și rectală
- *La bărbați:* examinare rectală și a prostatei

Legenda simbolurilor folosite pentru poziția pacientului

- Poziție șezândă
- Decubit dorsal, cu capul patului ridicat la 30 de grade
- Idem, decubit lateral stâng parțial
- Poziție șezândă, aplecat înainte
- Decubit dorsal
- Ortostatism
- Decubit dorsal cu flexia, abducția și rotația externă a șoldurilor, și flexia genunchilor (poziție de litotomie)
- Decubit lateral stâng (culcat pe partea stângă)

Fiecare simbol este valabil până când apare un altul. Două simboluri separate de semnul „/" indică ambele poziții sau una dintre ele.

Tehnici de examinare

În continuare, concentrați-vă atenția asupra prezentării detaliate a examenului fizic din secțiunea următoare. Studiați principalele tehnici de examinare, succesiunea etapelor examenului fizic și poziționarea pacientului, și importanța măsurilor de precauție universale.

Principalele tehnici de examinare. Rețineți faptul că examenul fizic are la bază patru tehnici clasice: inspecția, palparea, percuția și auscultația.

În capitolele următoare veți constata că unele manevre sunt utilizate și pentru amplificarea unor constatări, cum ar fi aplecarea pacientului înainte pentru depistarea suflului de insuficiență aortică, sau palparea șocului rotulian pentru a verifica prezența revărsatului lichidian sinovial.

• Principalele tehnici de examinare

• Inspecția	Observarea atentă a detaliilor înfățișării, comportamentului și mișcărilor pacientului, precum expresia feței, starea de dispoziție, tipul constituțional și condiția fizică, modificări tegumentare precum peteșii sau echimoze, mișcările globilor oculari, colorația faringelui, simetria toracelui, amplitudinea pulsațiilor venoase jugulare, conturul abdomenului, edemele extremităților inferioare și mersul.
• Palparea	Folosirea simțului tactil al degetelor mâinilor sau vârfurilor degetelor pentru a evalua zonele tegumentare cu supradenivelări sau depresiuni, sensibile, sau cu căldură locală; ganglionii limfatici; pulsurile; conturul și dimensiunile organelor sau maselor tumorale; și cracmentele articulare.
• Percuția	Utilizarea *degetului percutor*, de obicei degetul mijlociu, pentru lovirea ușoară și rapidă a *degetului plesimetru*, de obicei falanga distală a degetului mijlociu al mâinii stângi aplicată pe peretele toracic sau abdominal pentru a obține unde sonore ale țesuturilor sau organelor subiacente precum sonoritate sau matitate. De asemenea, această undă sonoră generează o vibrație tactilă la nivelul degetului plesimetru.
• Auscultația	Utilizarea membranei sau pâlniei stetoscopului pentru a depista sunetele caracteristice ale cordului, plămânilor și tubului digestiv, inclusiv localizarea, momentul apariției, durata, tonalitatea și intensitatea. În cazul cordului, auscultația cuprinde sunetele produse de închiderea celor patru valve și de deplasarea fluxului sanguin spre ventriculi, precum și suflurile cardiace. De asemenea, auscultația permite detectarea suflurilor sau turbulențelor de la nivelul arterelor.

Măsuri de precauție standard și universale. Centrul pentru controlul și profilaxia bolilor transmisibile (CDC - The Centers for Disease Control and Prevention) a publicat mai multe ghiduri privind protejarea pacienților și personalului medical de răspândirea bolilor infecțioase. Se recomandă ca toți medicii care examinează pacienți să studieze și să-și actualizeze aceste metode de precauție vizitând periodic paginile de internet ale CDC. În continuare sunt prezentate pe scurt recomandările privind metodele de precauție standard și pentru *Stafilococul auriu meticilino-rezistent* (MRSA - Staphylococcus aureus methicillin-resistant), precum și cele privind metodele de precauție universale.[10-12]

- *Metode de precauție standard și MRSA:* Principiul care stă la baza metodelor de precauție standard este acela că sângele, toate fluidele, secrețiile și excrețiile organismului uman, exceptând sudorația, precum și tegumentele cu leziuni și membranele mucoase pot conține agenți infecțioși transmisibili. Aceste metode se aplică tuturor pacienților în orice situație. Ele includ igiena mâinilor; utilizarea mănușilor, halatelor de spital și a protecției pentru cavitatea bucală, nas și ochi; igiena respirației și normele privind tușitul; criteriile de izolare a pacientului; metodele de precauție legate de echipamentul medical, jucării, suprafețele solide, manipularea și curățarea articolelor textile; și precauții privind administrarea în siguranță a injecțiilor.

Este obligatorie spălarea mâinilor înainte și după examinarea pacientului. Aceasta va demonstra grija pe care o purtați pentru bunăstarea și siguranța pacientului. Sunt recomandate săpunurile antibacteriene care se usucă ușor. *Schimbați-vă halatul de spital frecvent*, deoarece manșetele se pot uda și murdări.

- *Metode de precauție universale:* Metodele de precauție universale reprezintă un set de recomandări menite să prevină transmiterea în timpul acordării primului ajutor sau îngrijirilor medicale a virusului imunodeficienței umane (HIV - human immunodeficiency virus), virusului hepatitei B (VHB) și a altor agenți patogeni transmisibili prin sânge. Următoarele fluide ale organismului uman sunt considerate potențial infecțioase: sângele și toate fluidele care conțin urme vizibile de sânge, lichidul spermatic, secrețiile vaginale; lichidul cefalorahidian, sinovial, pleural, peritoneal, pericardic și amniotic. Barierele protectoare includ mănuși, halate de spital, șorțuri, măști de protecție pentru față și ochi. Tot personalul medical trebuie *să cunoască metodele de precauție privind administrarea în siguranță a injecțiilor și metodele de prevenire a accidentelor asociate cu utilizarea acelor, bisturiurilor și a altor instrumente sau dispozitive ascuțite.* Raportați imediat aceste accidente furnizorului de servicii medicale.

Scopul și poziționarea pentru examenul fizic. În timp ce recapitulați Tehnicile de examinare descrise la pag. 19-23, rețineți că medicii plasează diferit anumite etape în cadrul examenului fizic, în special examinarea sistemului osteomuscular și a sistemului nervos. Unele dintre aceste opțiuni sunt menționate cu roșu în coloana din partea dreaptă a paginii.

Pe măsură ce vă veți însuși propria succesiune a examenului fizic, *un obiectiv important este acela de a reduce la minim schimbările de poziție ale pacientului* din decubit dorsal în poziție șezândă sau din ortostatism în decubit dorsal. Sugestiile pentru poziționarea pacientului în timpul diferitelor etape ale examinării sunt de asemenea prezentate cu roșu în coloana din partea dreaptă a paginii.

Acest volum recomandă examinarea pacientului din ***partea dreaptă*** *a acestuia*, deplasându-vă pe partea opusă sau la piciorul patului sau al mesei de examinare după cum este cazul. Aceasta este poziția standard pentru efectuarea examenului fizic și prezintă câteva avantaje față de examinarea din partea stângă a pacientului: estimarea presiunii venoase jugulare pe partea dreaptă este mai exactă, mâna care palpează se sprijină mai confortabil la nivelul șocului apexian, rinichiul drept este mai frecvent palpabil decât cel stâng, iar mesele de examinare sunt de cele mai multe ori poziționate astfel încât să faciliteze abordarea din partea dreaptă.

Studenții stângaci sunt încurajați să adopte poziționarea pe partea dreaptă, deși la început aceasta poate fi incomodă. Pentru aceștia poate fi mai ușoară folosirea mâinii stângi pentru percuție sau pentru manevrarea instrumentelor precum otoscop sau ciocan de reflexe.

Examenul fizic - noțiuni introductive

Citiți cu atenție această succesiune de examinare „din cap până în picioare", tehnicile de examinare a fiecărei regiuni anatomice a corpului și modul în care puteți optimiza confortul pacientului și reduce schimbările de poziție ale acestuia.

Inspecția generală. Observați starea generală de sănătate a pacientului, înălțimea, tipul constituțional și dezvoltarea sexuală. Cântăriți pacientul. Remarcați postura, activitatea motorie și mersul; îmbrăcămintea, toaleta și igiena personală; orice miros al corpului sau al respirației. Urmăriți mimica pacientului și sesizați manierele, starea afectivă și reacțiile la persoanele și lucrurile din mediul înconjurător. Observați limbajul pacientului și notați starea de alertă sau nivelul de conștiență.

Inspecția continuă pe toată durata anamnezei și examenului fizic.

Parametrii vitali. Măsurați presiunea arterială. Măsurați pulsul și frecvența respiratorie. Dacă este necesar, măsurați temperatura corporală.

Pacientul se află în poziție șezândă la marginea patului sau a mesei de examinare. Poziționați-vă în fața pacientului, trecând de o parte și de alta a acestuia, după cum este cazul.

Tegumentele. Observați tegumentele feței și caracteristicile acestora. Evaluați gradul de hidratare sau deshidratare al tegumentelor și temperatura lor. Identificați eventuale leziuni, notând localizarea, distribuția, morfologia, tipul și culoarea. Inspectați și palpați părul și unghiile. Studiați mâinile pacientului. Continuați evaluarea tegumentelor pe măsură ce examinați celelalte regiuni anatomice.

Capul, ochii, urechile, nasul și faringele. ***Capul:*** Examinați părul, scalpul, oasele craniului și fața. ***Ochii:*** Verificați acuitatea vizuală și examinați câmpurile vizuale. Notați poziția și alinierea ochilor. Observați pleoapele și inspectați sclerotica și conjunctiva fiecărui ochi. Folosind iluminarea oblică, inspectați corneea, irisul și cristalinul bilateral. Comparați pupilele și testați reacția acestora la lumină. Evaluați mișcările extraoculare. Cu ajutorul unui oftalmoscop, examinați fundul de ochi. ***Urechile:*** Inspectați pavilionul auricular, conductul auditiv extern și membrana timpanică. Verificați acuitatea auditivă. Dacă aceasta este diminuată, verificați lateralizarea (testul Weber) și comparați conducerea aeriană și cea osoasă (testul Rinne). ***Nasul și sinusurile:*** Examinați porțiunea externă a nasului; cu ajutorul unei surse de lumină și al unui specul nazal inspectați mucoasa nazală, septul nazal și cornetele nazale. Evaluați prin palpare existența sensibilității la nivelul sinusurilor frontale și maxilare. ***Cavitatea bucală și faringele:*** inspectați buzele, mucoasa bucală, gingiile, dinții, limba, palatul, amigdalele și faringele. *(În această etapă a examenului fizic puteți examina nervii cranieni.)*

Pentru examinarea oftalmoscopică în cameră trebuie să fie întuneric. Întunericul determină dilatare pupilară și facilitează examinarea fundului de ochi.

Regiunea cervicală. Inspectați și palpați ganglionii limfatici cervicali. Remarcați eventuale mase tumorale sau pulsații anormale la nivelul gâtului. Depistați prin palpare orice deviație a traheei. Observați sunetul și efortul respirației pacientului. Inspectați și palpați glanda tiroidă.

Deplasați-vă în spatele pacientului aflat în poziție șezândă pentru a palpa glanda tiroidă, a examina coloana vertebrală, toracele posterior și plămânii.

Regiunea posterioară a trunchiului. Inspectați și palpați coloana vertebrală și mușchii spatelui. Observați simetria umerilor.

Regiunea posterioară a toracelui și plămânii. Inspectați și palpați coloana vertebrală și mușchii *toracelui posterior*. Inspectați, palpați și percutați toracele anterior. Identificați nivelul matității diafragmatice de fiecare parte. Auscultați zgomotele respiratorii; identificați zgomotele anormale (sau supraadăugate) și, dacă este cazul, apreciați transmiterea vibrațiilor vocale (vezi pag. 304).

Sânii, axilele și ganglionii limfatici epitrohleari. La femei, inspectați sânii astfel: femeia stă cu brațele relaxate pe lângă corp, apoi cu brațele ridicate și apoi cu mâinile sprijinite pe șolduri. La ambele sexe, inspectați axilele și depistați eventualii ganglioni limfatici axilari. Palpați ganglionii epitrohleari.

Pacientul se află **în continuare în poziție șezândă**. Deplasați-vă din nou în fața acestuia.

Notă privind sistemul osteomuscular: Până în acest moment al examenului fizic aţi făcut câteva observaţii preliminare asupra sistemului osteomuscular. Aţi inspectat mâinile, toracele posterior, şi cel puţin în cazul femeilor, aţi estimat gradul de mobilitate al umerilor. Utilizaţi aceste observaţii precum şi următoarele constatări pentru a decide dacă este necesară o examinare completă a sistemului osteomuscular. Dacă este cazul, *cu pacientul aflat în continuare în poziţie şezândă*, examinaţi mâinile, braţele, umerii, gâtul şi articulaţiile temporo-mandibulare. Inspectaţi şi palpaţi articulaţiile şi verificaţi gradul de mobilitate al acestora. *(Cu această ocazie puteţi examina troficitatea, tonusul, forţa muşchilor membrelor superioare şi reflexele de la acest nivel, sau puteţi efectua examinarea acestora în etapele ulterioare ale examenului fizic.)*

Palpaţi sânii, continuând în acelaşi timp inspecţia.

Pacientul se află în decubit dorsal. Cereţi pacientului să se întindă pe pat. Medicul trebuie să se poziţioneze în *partea dreaptă* a patului pacientului.

Regiunea anterioară a toracelui şi plămânii. Inspectaţi, palpaţi şi percutaţi toracele anterior. Auscultaţi zgomotele respiratorii, eventuale zgomote supraadăugate şi, dacă este necesar, apreciaţi transmiterea vibraţiilor vocale.

Ridicaţi capul patului la aproximativ 30° pentru a efectua examinarea aparatului cardiovascular, ajustând la nevoie pentru vizualizarea pulsaţiilor venoase jugulare.

Aparatul cardiovascular. Observaţi pulsaţiile venoase jugulare şi măsuraţi presiunea venoasă jugulară având ca punct de reper unghiul sternal. Inspectaţi şi palpaţi pulsaţiile carotidiene. Depistaţi suflurile de la nivelul arterelor carotide.

Inspectaţi şi palpaţi regiunea precordială. Notaţi localizarea, diametrul, amplitudinea şi durata şocului apexian. Examinaţi fiecare focar de auscultaţie cu ajutorul membranei stetoscopului. În focarul mitral şi în porţiunea inferioară a marginii sternale folosiţi pâlnia stetoscopului. Auscultaţi primul şi al doilea zgomot cardiac şi dedublarea fiziologică a zgomotului doi cardiac. Depistaţi eventualele zgomote cardiace anormale sau sufluri.

Cereţi pacientului să se întoarcă parţial pe partea stângă în timp ce auscultaţi în focarul mitral pentru a depista Z_3 sau stenoza mitrală. Suflul de *insuficienţă aortică* trebuie auscultat cu pacientul în poziţie şezândă, aplecat înainte şi în timpul expirului.

Coborâţi capul patului la poziţia orizontală. **Pacientul trebuie să se afle în decubit dorsal.**

Abdomenul. Inspectaţi, auscultaţi şi percutaţi abdomenul. Iniţial palpaţi superficial, apoi profund. Examinaţi ficatul şi splina prin percuţie iar apoi prin palpare. Încercaţi să palpaţi rinichii, aorta şi pulsaţiile acesteia. Dacă suspectaţi o infecţie la nivelul rinichilor, percutaţi la nivelul unghiurilor costovertebrale.

Pacientul este în **decubit dorsal.**

Membrele inferioare. Examinaţi membrele inferioare, evaluând cele trei segmente, cu pacientul în decubit dorsal. Fiecare din aceste trei segmente poate fi evaluat suplimentar cu pacientul în ortostatism.

Pacient în decubit dorsal

- *Sistemul vascular periferic.* Palpaţi pulsul femural şi, dacă este cazul, pulsul la nivelul arterei poplitee. Palpaţi ganglionii limfatici inghinali. Inspectaţi pentru a depista edemul, modificările de culoare sau ulcerele de la nivelul membrelor inferioare. Evaluaţi prin palpare prezenţa edemului moale.
- *Sistemul osteomuscular.* Remarcaţi deformările sau mărirea de volum la nivelul articulaţiilor. Dacă este cazul, palpaţi articulaţiile, verificaţi gradul de mobilitate şi efectuaţi manevrele necesare.
- *Sistemul nervos.* Evaluaţi troficitatea, tonusul şi forţa musculară; de asemenea examinaţi sensibilitatea şi reflexele. Observaţi orice mişcare anormală.

Pacient în ortostatism

Pacientul se află **în ortostatism.** Medicul trebuie să stea pe un scaun sau pe un taburet.

- *Sistemul vascular periferic.* Inspectaţi pentru depistarea venelor varicoase.
- *Sistemul osteomuscular.* Examinaţi rectitudinea coloanei vertebrale şi gradul de mobilitate al acesteia, poziţia membrelor inferioare şi a picioarelor.
- *Aparatul genital şi herniile la bărbaţi.* Examinaţi penisul, conţinutul scrotului şi verificaţi prezenţa herniilor.
- *Sistemul nervos.* Observaţi mersul pacientului şi abilitatea de a păşi în succesiunea călcâie-vârfuri, de a merge pe vârfuri, de a merge pe călcâie, de a sări într-un picior, de a efectua genuflexiuni uşoare. Efectuaţi testul Romberg şi proba braţelor întinse.

Sistemul nervos. Examinarea completă a sistemului nervos poate fi efectuată şi la sfârşitul examenului fizic. Aceasta constă în cele cinci părţi descrise mai jos: *statusul mental, nervii cranieni* (inclusiv examinarea fundului de ochi), *sistemul motor, sistemul senzitiv şi reflexele.*

Pacientul se află în **poziţie şezândă sau în decubit dorsal.**

Statusul mental. Dacă este necesar şi nu s-a efectuat în cursul anamnezei, evaluaţi orientarea temporo-spaţială a pacientului, starea de dispoziţie, procesul gândirii, conţinutul gândirii, percepţiile anormale, discernământul şi raţionamentul, memoria şi atenţia, nivelul de educaţie şi vocabularul, abilităţile de calcul matematic, gândirea abstractă, abilitatea de construcţie.

Nervii cranieni. Dacă nu s-au examinat anterior, verificaţi simţul olfactiv, forţa muşchilor temporali şi maseteri, reflexele corneene, mişcările faciale, reflexul faringian şi forţa muşchilor trapezi şi sternocleidomastoidieni.

Sistemul motor. Masa musculară, tonusul şi forţa principalelor grupe musculare. *Funcţia cerebeloasă*: mişcările succesive rapide (RAM - rapid alternating movements), mişcările punct-la-punct precum index-nas şi călcâi-genunchi; mersul.

Sistemul senzitiv. Sensibilitatea dureroasă, termică, tactilă superficială, vibratorie şi discriminatorie. Comparaţi partea dreaptă cu cea stângă şi regiunile proximale ale membrelor cu cele distale.

Reflexele. Inclusiv reflexul bicipital, tricipital, brahioradial, rotulian, achilian, miotatic; de asemenea reflexele plantare sau reflexul Babinski (vezi pag. 696-702).

Examinări suplimentare. Examinarea *rectală şi genitală* sunt de obicei efectuate la sfârşitul examenului fizic. Poziţia pacientului va fi în funcţie de caz.

Examinarea rectală (tuşeul rectal) la bărbaţi. Inspectaţi regiunea sacrococcigiană şi perianală. Palpaţi canalul anal, rectul şi prostata. Dacă pacientul nu poate sta în picioare, examinaţi aparatul genital înainte de examinarea rectală.

Pacientul se află **în decubit dorsal stâng** pentru examinarea rectală (sau în ortostatism şi aplecat înainte).

Examinarea genitală și rectală la femei. Examinați organele genitale externe, vaginul și colul uterin. Recoltați celule pentru un frotiu Papanicolaou. Palpați uterul și anexele uterine bimanual.

Pacienta se află în **decubit dorsal în poziție de litotomie**. Medicul trebuie să se afle în poziție șezândă în timpul examinării cu speculul, și în ortostatism în timpul examinării bimanuale a uterului, anexelor uterine (și rectului, dacă este necesar).

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. U.S. Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services 2007: recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, September 2007. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf. Accessed February 9, 2008.
2. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med 146(4):289–300, 2007.
3. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, et al. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Ann Intern Med 136(9):652–659, 2002.
4. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? Ann Intern Med 136(9):701–702, 2002.
5. Culica D, Rohrer J, Ward M, et al. Medical check-ups: who does not get them? Am J Public Health 92(1):88–91, 2002.
6. Hesrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice. Rational and current preventive practice. Mayo Clin Proc 75(4):1165–1172, 2000.
7. Simel DL, Rennie D. The clinical examination: an agenda to make it more rational. JAMA 277(7):572–574, 1997.
8. Sackett DL. A primer on the precision and accuracy of the clinical examination. JAMA 267(19):2638–2644, 1992.
9. Evidence-Based Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 268(17):2420–2425, 1992.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Standard precautions. Excerpt from the guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings 2007. Available at: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation_standard.html. Accessed February 7, 2008.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Information about MRSA for healthcare personnel. Available at: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa_healthcareFS.html#. Accessed February 7, 2008.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Universal precautions for the prevention for transmission of HIV and other bloodborne infections. Updated 1996. At http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/bp_universal_precautions.html#. Accessed February 7, 2008.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Anatomie și fiziologie

Agur AMR, Dalley AF, Grant JC, et al. Grant's Atlas of Anatomy, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Berne RM, Koeppen BM. Physiology, 6th ed. Philadelphia: Mosby–Elsevier, 2008.

Buja LM, Krueger GRF, Netter FH. Netter's Illustrated Human Pathology. Teterboro, NJ: Icon Learning Systems, 2005.

Gray H, Standring S, Ellis H, et al. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice, 39th ed. New York: Elsevier–Churchill Livingstone, 2005.

Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology, 11th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2005.

Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Clinically Oriented Anatomy, 5th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Medicină, chirurgie și geriatrie

Barker LR, Burton JR, Zeive PD. Barker, Burton, and Zeive's Principles of Ambulatory Medicine, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Brunicardi FC, Schwartz SI, eds. Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2006.

Cassel C, Leipzig RM, Cohen HJ, et al. Geriatric Medicine: An Evidence-based Approach, 4th ed. New York: Springer, 2003.

Cecil RL, Goldman L, Ausiello DA. Cecil Textbook of Medicine, 23rd ed. Philadelphia: WB Saunders–Elsevier, 2008.

Hazzard WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2003.

Kasper DL, Harrison TR, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

Mandell GL. Essential Atlas of Infectious Diseases, 3rd ed. Philadelphia: Current Medicine, 2004.

Mandell GL, Gordon R, Bennett JE, et al., eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia: Elsevier–Churchill Livingstone, 2005.

Mandell GL, Mildvan D. Atlas of AIDS, 3rd ed. Philadelphia: Current Medicine, 2001.

Sabiston DC, Townsend CM, eds. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 18th ed. Philadelphia: WB Saunders–Elsevier, 2008.

Youngkin EQ, Davis MS. Women's Health: A Primary Care Clinical Guide, 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson–Prentice Hall, 2004.

Profilaxie și consiliere

American Public Health Association. Public Health Links (for public health professionals). Available at: http://www.apha.org/about/Public+Health+Links. Accessed June 7, 2008.

Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines and immunizations. Available at: http://www.cdc.gov/vaccines/. Accessed June 7, 2008.

Hesrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice. Rational and current preventive practice. Mayo Clin Proc 75(4):1165–1172, 2000.

National Quality Measures Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Available at: http://www.qualitymeasures.ahrq.gov. Accessed June 7, 2008.

National Guideline Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm. Accessed June 7, 2008.

Colecția Bates vă oferă aceste resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination, 4th edition*

C A P I T O L U L

2

Raţionamentul clinic, evaluarea şi consemnarea datelor



După etapele premergătoare în care aţi câştigat încrederea pacientului, aţi efectuat o anamneză amănunţită şi aţi încheiat examenul clinic, urmează etapa decisivă de *Evaluare* şi *Planificare a abordării*. Este momentul să vă analizaţi constatările şi să identificaţi suferinţele pacientului. Împărtăşiţi pacientului opiniile formate, subliniaţi orice idee care vă preocupă şi asiguraţi-vă că înţelege şi este de acord cu paşii următori. În cele din urmă, consemnaţi datele în foaia de observaţie a pacientului într-un text succint şi lizibil, care să comunice celorlalţi membri ai echipei medicale informaţii despre istoricul pacientului, raţionamentul clinic şi planificarea acţiunilor.



Acest capitol prezintă o abordare gradată, concepută pentru a vă ajuta să dobândiţi deprinderile necesare raţionamentului clinic, evaluării şi înregistrării constatărilor făcute în cursul examinării pacientului. Pe măsură ce discutaţi cu pacienţii şi îi examinaţi, începeţi să grupaţi informaţiile în tipare încadrate într-o listă de probleme, acţiune numită *Evaluare*. Într-o foaie de observaţie corect întocmită, fiecare problemă este înscrisă în ordinea priorităţii, explicată prin constatările care o susţin şi prin formularea diagnosticului diferenţial, şi urmată de un *Plan de abordare* a problemei în vederea rezolvării. Planurile pot fi ample şi pot include diverse acţiuni, precum efectuarea unor teste, instruirea pacientului, modificări ale tratamentului, consultarea unui medic din altă specialitate, sau vizite de control pentru consiliere şi susţinere.

Raţionamentul clinic, evaluarea şi consemnarea datelor – prezentarea generală a capitolului

- Evaluarea şi planul de abordare: desfăşurarea raţionamentului clinic
- Înregistrarea datelor: prezentarea cazului clinic al Dnei N şi provocările ridicate de datele clinice
- Înregistrarea datelor: redactarea corectă a foii de observaţie
- Evaluarea datelor clinice
- Educaţie medicală continuă: integrarea raţionamentului clinic, evaluării şi analizei datelor clinice

Raţionamentul clinic este fundamental pentru stabilirea modului în care veţi interpreta istoricul medical şi examenul obiectiv, veţi selecta problemele

incluse în evaluarea cazului şi veţi stabili pentru fiecare problemă un plan de acţiune. Prin acumularea experienţei, educaţie medicală continuă, consultarea literaturii de specialitate şi colaborarea cu colegii, vă veţi perfecţiona şi dezvolta raţionamentul clinic pe toată durata carierei medicale. Foaia de observaţie are rol dublu: oglindeşte modul în care aţi analizat starea de sănătate a pacientului şi documentează într-o formă scrisă oficială aspectele caracteristice ale cazului descoperite în cursul anamnezei, examenului obiectiv, testelor de laborator, evaluării şi planificării.

Istoricul medical şi examenul obiectiv reprezintă baza evaluării clinice. După cum s-a prezentat în Cap. 1, printr-o anamneză temeinică obţineţi de la pacient sau familia acestuia un istoric al bolii, care include *date subiective*, iar prin examenul clinic şi testele de laborator obţineţi *date obiective*. Această informaţie este în primul rând materială şi descriptivă. Pe măsură ce treceţi la Evaluare, depăşiţi faza descriptivă şi de observaţie, şi ajungeţi la faza de analiză şi interpretare. Alegeţi şi grupaţi informaţiile relevante, analizaţi semnificaţiile posibile şi găsiţi explicaţii logice folosind principii ştiinţifice bio-psiho-sociale şi bio-medicale. *Evaluarea* şi *Planul de abordare* includ reacţia pacientului la problemele identificate, precum şi răspunsul la diagnosticul şi tratamentul anticipat. Un *Plan de abordare* reuşit necesită abilităţi în relaţiile interpersonale şi sensibilitate faţă de planurile pacientului, resursele sale financiare, responsabilităţile sale, structura şi dinamica familiei sale. Foaia de observaţie pe care o redactaţi va fi utilă şi altor medici care se vor implica în îngrijirea pacientului, facilitând comunicarea şi coordonarea între aceştia, raţionamentul clinic, şi totodată va reprezenta un document important în situaţiile medico-legale.



EVALUAREA ŞI PLANUL DE ABORDARE: DESFĂŞURAREA RAŢIONAMENTULUI CLINIC

Deoarece pentru medici evaluarea este un proces mental, desfăşurarea raţionamentului clinic poate părea inaccesibilă sau chiar misterioasă pentru studenţii începători. Medicii experimentaţi gândesc rapid, fără efort vizibil sau conştient. Între ei există diferenţe mari legate de stilul personal, abilităţile de comunicare, instruire şi experienţă clinică. Unii medici au dificultăţi în a explica procesul logic aflat la baza raţionamentului lor clinic. Un student activ trebuie să solicite medicilor şi dascălilor săi să explice detaliat punctele raţionamentului clinic şi stabilirii unei decizii.[1,2]

Specialiştii în psihologie cognitivă au observat că medicii folosesc trei tipuri de raţionament pentru rezolvarea problemelor clinice: recunoaşterea unui model, dezvoltarea unor scheme şi utilizarea datelor ştiinţifice generale şi medicale relevante.[3-6] Pe măsură ce acumulaţi experienţă, veţi iniţia raţionamentul clinic încă de la începutul întâlnirii cu pacientul şi nu la sfârşitul ei. Învăţaţi etapele descrise mai jos şi apoi aplicaţi-le în *Cazul clinic al Dnei N.* care urmează. Gândiţi-vă la aceste etape în timp ce consultaţi primii pacienţi. Pentru fiecare caz în parte determinaţi „Care sunt procesele care explică problemele pacientului?" şi „Care este afecţiunea (afecţiunile) şi diagnosticul?"[7,8]

Identificarea problemelor şi formularea diagnosticelor: etape ale raţionamentului clinic

- Identificaţi anomaliile constatate.
- Localizaţi modificările din punct de vedere anatomic.
- Interpretaţi constatările în contextul unui proces probabil.
- Formulaţi ipoteze despre natura suferinţei pacientului.
- Verificaţi ipotezele şi stabiliţi un diagnostic de lucru.
- Dezvoltaţi un plan acceptat de pacient.

- **Identificaţi anomaliile constatate.** Faceţi o listă cu *simptomele* pacientului, *semnele* observate în timpul examenului obiectiv şi testele de laborator disponibile.

- **Localizaţi modificările din punct de vedere anatomic.** Acest pas poate fi uşor. Dacă de exemplu simptomul este durerea în gât, iar semnul asociat este un faringe eritematos inflamat, atunci suferinţa este localizată în mod clar la nivelul faringelui. Prezenţa cefaleei îndreaptă rapid atenţia asupra structurilor craniului şi creierului. Alte simptome, totuşi, pot avea un grad mai mare de dificultate. De exemplu, durerea toracică poate avea originea la nivelul arterelor coronare, stomacului sau esofagului, sau la nivelul structurilor musculare şi osoase ale toracelui. Dacă durerea apare la efort şi este ameliorată de repaus, poate fi de origine cardiacă sau poate implica structurile musculoscheletice ale peretelui toracic. Dacă pacientul observă apariţia durerii doar în timp ce transportă sacoşa de cumpărături cu braţul stâng, cel mai probabil durerea este dată de o afecţiune a sistemului musculoscheletic.

Atunci când localizaţi modificările observate, fiţi cât de exacţi vă permit datele, fără a uita că trebuie să stabiliţi zona corpului implicată, cum ar fi toracele, sau sistemul implicat, cum ar fi sistemul musculoscheletic. Pe de altă parte, puteţi stabili exact structura implicată, de exemplu muşchiul pectoral stâng. Unele simptome şi semne nu pot fi localizate, cum ar fi astenia sau febra, dar sunt utile în etapele următoare.

- **Interpretaţi constatările în contextul unui proces probabil.** Suferinţele pacientului apar adesea pe fondul unui *proces patologic* care implică o boală a unui organ. Există numeroase astfel de procese, clasificate diferit, respectiv afecţiuni congenitale, inflamatorii sau infecţioase, imunologice, neoplazice, metabolice, nutriţionale, degenerative, vasculare, traumatice şi toxice. De exemplu, cauzele patologice posibile pentru cefalee includ comoţia cerebrală traumatică, hemoragia subarahnoidiană, sau chiar compresiunea dată de o tumoră cerebrală. Febra şi rigiditatea gâtului, sau redoarea nucală (de ceafă), sunt două semne clasice ale cefaleei din meningită. Chiar şi în absenţa altor semne, cum ar fi eritemul cutanat sau edemul papilar, aceste două semne sunt extrem de sugestive pentru un proces infecţios.

  Alte afecţiuni sunt de natură *fiziopatologică*, reflectând dereglări ale funcţiilor biologice, cum ar fi insuficienţa cardiacă congestivă sau migrena. Pe de altă parte, alte afecţiuni sunt de natură *psihopatologică*, cum ar fi tulburările afective de tip depresie sau cefaleea apărută ca expresie a somatizării suferinţei psihice.

- **Formulaţi ipoteze despre natura suferinţei pacientului.** În această etapă veţi folosi experienţa şi cunoştinţele acumulate, iar studierea diferitelor tulburări şi afecţiuni vă ajută în gruparea constatărilor legate de pacient.

  Consultarea literaturii de specialitate este un factor important în **luarea deciziilor bazate pe dovezi,** acesta fiind un ţel pe care trebuie să-l urmăriţi pe tot parcursul vieţii profesionale.[9,10]

  Până când dobândiţi mai multe cunoştinţe şi experienţă, este posibil să nu reuşiţi să formulaţi ipoteze înalt specifice, dar mergeţi cât de departe puteţi cu datele şi cunoştinţele pe care le aveţi. Următorii paşi vă vor fi de folos:

RAŢIONAMENTUL CLINIC: FORMULAREA IPOTEZELOR LEGATE DE SUFERINŢELE PACIENTULUI

1. *Alegeţi cele mai specifice şi importante observaţii care vă susţin ipoteza.* Dacă de exemplu pacienta acuză „cea mai rea durere de cap din viaţa ei", greaţă şi vărsături, şi constataţi alterarea stării de conştienţă, edem papilar şi semne de iritaţie meningeală, atunci ipoteza formulată se va axa în jurul hipertensiunii intracraniene şi nu a unor tulburări gastrointestinale. Deşi există şi alte simptome utile diagnosticului, ele sunt mult mai puţin specifice.
2. Folosind cunoştinţele despre structurile şi procesele implicate, *comparaţi observaţiile clinice cu toate afecţiunile cunoscute care le-ar putea produce.* De exemplu, în cazul edemului papilar treceţi în revistă afecţiunile care modifică presiunea intracraniană. Sau puteţi compara simptomele şi semnele

(se continuă)

RAŢIONAMENTUL CLINIC: FORMULAREA IPOTEZELOR LEGATE DE SUFERINŢELE PACIENTULUI (CONTINUARE)

asociate cefaleei cu numeroase afecţiuni infecţioase, vasculare, metabolice sau neoplazice care pot produce acest tablou clinic.

3. *Eliminaţi diagnosticele posibile care nu reuşesc să explice constatările clinice.* Un diagnostic posibil în cazul Dnei N este cefaleea Horton (vezi cazul clinic al Dnei N, pag. 31-35), dar această ipoteză trebuie exclusă deoarece nu explică durerea pulsatilă cu localizare frontală bilaterală însoţită de greaţă şi vărsături intermitente. De asemenea, aspectul durerii este atipic pentru cefaleea Horton: nu este unilaterală, agasantă, nu apare repetat la aceeaşi oră în mai multe zile şi nu este asociată cu lăcrimare şi rinoree.
4. *Cântăriţi posibilităţile şi alegeţi cel mai probabil diagnostic* dintre afecţiunile care pot fi responsabile pentru problemele pacientului. Căutaţi o corespondenţă strânsă între starea pacientului şi un caz tipic pentru o boală anume. Alte criterii vă pot ajuta în această alegere. *Probabilitatea statistică* a unei anumite boli la un pacient în funcţie de vârstă, sex, grup etnic, obiceiuri, stil de viaţă şi localizare influenţează de asemenea alegerea. De exemplu, trebuie să luaţi în considerare posibilitatea unei osteoartite sau a unui cancer de prostată metastatic la un bărbat de 70 de ani cu durere lombară, dar nu şi la o femeie de 25 de ani cu aceleaşi acuze. *Localizarea în timp a suferinţei pacientului* poate face, de asemenea, diferenţa. Cefaleea apărută la un pacient cu febră, erupţie cutanată şi redoare de ceafă instalate brusc, în ultimele 24 de ore, sugerează o afecţiune total diferită comparativ cu o cefalee recurentă apărută de câţiva ani, asociată cu stres, scotoame vizuale, greaţă şi vărsături ameliorate de repaus.
5. În etapa finală, când formulaţi posibile explicaţii pentru problema pacientului, *acordaţi o atenţie specială afecţiunilor tratabile care au potenţial letal*, cum ar fi meningita meningococică, endocardita infecţioasă, embolia pulmonară, sau hematomul subdural. În această etapă faceţi toate eforturile pentru a micşora riscul de a ignora o afecţiune mai rară sau mai puţin probabilă, dar care, în cazul în care este prezentă, ar putea fi deosebit de periculoasă. *Regula generală este ca întotdeauna să luaţi în considerare „cel mai rău scenariu posibil" în lista de diagnostice diferenţiale* şi să vă asiguraţi că l-aţi exclus pe baza constatărilor făcute în timpul evaluării pacientului.

Vezi secţiunea despre Evaluarea datelor clinice, pag. 43-49.

- **Verificaţi ipotezele.** După ce aţi formulat o ipoteză despre afecţiunea pacientului, urmează *verificarea ipotezei*. Este posibil să fie necesară o anamneză mai amănunţită, teste de laborator sau investigaţii radiologice suplimentare care să confirme sau să infirme diagnosticul preliminar sau să stabilească cel mai probabil diagnostic dintre cele două sau trei diagnostice posibile. Când diagnosticul este foarte clar – o simplă infecţie a căilor respiratorii superioare sau un caz de urticarie, de exemplu – aceşti paşi nu mai sunt necesari.

- **Stabiliţi un diagnostic de lucru.** În acest moment puteţi formula o definiţie de lucru a problemei, care trebuie să fie atât de explicită şi exactă pe cât o permit datele. Uneori puteţi să vă limitaţi la un simptom, cum ar fi „cefalee tensională, cu aspect de presiune, de cauză necunoscută". Alteori, puteţi defini problema

explicit cu referire la natura sa, mecanism şi cauză. De exemplu „meningită bacteriană, pneumococică", „hemoragie subarahnoidiană, lob temporo-parietal stâng", sau „boală hipertensivă cu dilatare ventriculară stângă şi insuficienţă cardiacă congestivă."

Deşi diagnosticele se bazează în principal pe identificarea structurilor anormale, a proceselor modificate şi a cauzelor specifice, veţi întâlni frecvent pacienţi ale căror acuze nu se încadrează clar în aceste categorii. Unele simptome sfidează analiza şi sunt inexplicabile din punct de vedere medical. Este posibil să nu reuşiţi să depăşiţi categorii strict descriptive cum ar fi „astenie" sau „anorexie". Alte probleme sunt legate de evenimente stresante din viaţa pacientului. Întâmplări cum ar fi pierderea locului de muncă sau a unei persoane iubite pot creşte riscul instalării unor boli. Identificarea acestor evenimente şi sprijinirea pacientului în a dezvolta strategii pentru a face faţă stresului sunt la fel de importante ca şi tratamentul cefaleei sau al ulcerului duodenal.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, secţiunea despre „Simptome fără o explicaţie medicală", pag. 136-137.

Altă categorie importantă este *Profilaxia bolilor*. Aceasta vă ajută să depistaţi mai eficient aspecte esenţiale legate de sănătate: vaccinări, metode de screening (e.g. mamografie, examinarea prostatei), indicaţii privind alimentaţia şi auto-examinarea testiculelor sau a sânilor, recomandări privind exerciţiile fizice sau folosirea centurii de siguranţă auto, şi reacţia la evenimentele importante.

- **Dezvoltaţi un plan acceptat de pacient.** Identificaţi şi formulaţi un *Plan de abordare* pentru fiecare afecţiune a pacientului. *Planul* decurge logic din afecţiunile şi diagnosticele pe care le-aţi identificat. Specificaţi care sunt paşii următori. Aceşti paşi pot fi: teste suplimentare pentru a confirma sau evalua un diagnostic, consultaţii în anumite subspecialităţi, adăugarea, eliminarea sau schimbarea unui medicament, sau stabilirea unei întâlniri cu familia pacientului. În timp, chiar dacă diagnosticul se menţine, *Planul* va fi ajustabil şi va include modificări apărute cu ocazia fiecărui consult. *Planul de abordare* trebuie conceput în strânsă legătură cu diagnosticul, tratamentul şi educarea pacientului.

  Înainte de a finaliza *Planul de abordare*, este important să-i comunicaţi pacientului evaluarea şi raţionamentul clinic şi să aflaţi opiniile şi preocupările sale, precum şi dorinţa sa de a continua cu teste şi evaluări suplimentare. S-ar putea să fie nevoie să-i explicaţi pacientului aceeaşi informaţie de mai multe ori şi în mai multe feluri pentru ca acesta să o înţeleagă. Pacientul trebuie să fie întotdeauna un participant activ la planul de îngrijire.

ÎNREGISTRAREA DATELOR: CAZUL DNEI N ŞI PROVOCĂRILE DATELOR CLINICE

Acum ne întoarcem la cazul Dnei N pentru a analiza anamneza, examinarea fizică, evaluarea şi planul de abordare. Folosiţi-vă propriul raţionament clinic

pentru interpretarea constatărilor şi începeţi analiza acuzelor formulate de pacientă. Observaţi dacă sunteţi de acord cu Evaluarea şi Planul formulat, precum şi cu ordinea de priorităţi a problemelor.

CAZUL CLINIC AL DNEI N

25/08/2008 11:00 AM

Dna N este o persoană de 54 de ani, văduvă, de profesie vânzătoare, cu o fire plăcută, care locuieşte în Amarillo, Texas.

Bilet de trimitere. Fără

Sursă şi încredere. Se prezintă din proprie iniţiativă; pare demnă de încredere.

Acuza principală: „Mă doare capul."

Istoricul bolii: În ultimele 3 luni, Dna N a prezentat cefalee frontală care s-a agravat în timp. De obicei, durerea este frontală bilateral, pulsatilă, de intensitate uşoară sau moderată. A lipsit de la serviciu de câteva ori din cauză că durerea s-a asociat cu greaţă şi vărsături. Cefaleea apare în medie o dată pe săptămână, este legată de stres şi durează între 4 şi 6 ore. Este ameliorată de somn şi prin aplicarea unui prosop umed pe frunte. Aspirina produce ameliorare redusă a durerii. Nu sunt prezente modificări vizuale, deficite motorii şi senzitive sau parestezii.

„Durerile de cap cu stare de rău" însoţite de greaţă şi vărsături au debutat la vârsta de 15 ani, au reapărut la mijlocul celui de-al treilea deceniu de viaţă, apoi s-au diminuat până la un episod la 2-3 luni şi aproape au dispărut.

Pacienta relatează prezenţa unei atmosfere tensionate la locul de muncă creată de un şef nou şi pretenţios; este de asemenea îngrijorată pentru fiica ei (vezi *Istoricul personal şi social*). Crede că durerea este asemănătoare cu cea din trecut, dar vrea să fie sigură deoarece mama ei a murit în urma unui accident vascular cerebral. Este îngrijorată că durerea interferează cu desfăşurarea activităţii şi o face nervoasă când este cu familia. Consumă trei mese pe zi şi bea trei ceşti de cafea zilnic; bea cola seara.

Medicaţie. Aspirină 1-2 tablete la 4-6 ore, la nevoie. În trecut, diuretice pentru edeme ale gleznelor, dar nu recent.

**Alergii.* Ampicilina îi provoacă erupţie cutanată.

Fumat. Aproximativ 1 pachet de ţigări pe zi de la vârsta de 18 ani (36 de ani de fumat).

Alcool/droguri. Consum de vin rareori, la ocazii. Fără consum de droguri ilegale.

Antecedente medicale

Bolile copilăriei. Rujeolă, varicelă. Fără scarlatină sau reumatism articular acut.

Alte boli. ***Medicale:*** Pielonefrită în 1998, cu febră şi durere intensă în flancul drept; tratată cu ampicilină; a dezvoltat erupţie cutanată generalizată pruriginoasă după câteva zile. Urografie normală; fără recidive ale infecţiei. ***Chirurgicale:*** Amigdalectomie la vârsta de 6 ani; apendicectomie la vârsta de 13 ani. Suturi chirurgicale pentru o plagă anfractuoasă produsă prin călcarea pe cioburi în 2001. ***Obstetrico-ginecologice:*** 3-3-0-3, cu naşteri vaginale normale. 3 copii în viaţă. Menarhă la vârsta de 12 ani. Ultima menstruaţie în urmă cu 6 luni. Libidou scăzut, fără activitate sexuală. Fără preocupări privind infecţia HIV. ***Psihiatrice:*** Fără boli psihice.

Profilaxia bolilor. ***Vaccinări:*** Vaccinul antipoliomielitic oral, an necunoscut; două doze de vaccin antitetanic în 1991, urmate de rapel un an mai târziu; vaccin antigripal în 2000, fără reacţii adverse. ***Teste de screening:*** Ultimul frotiu Papanicolaou în 2004, normal. Fără mamografii până în prezent.

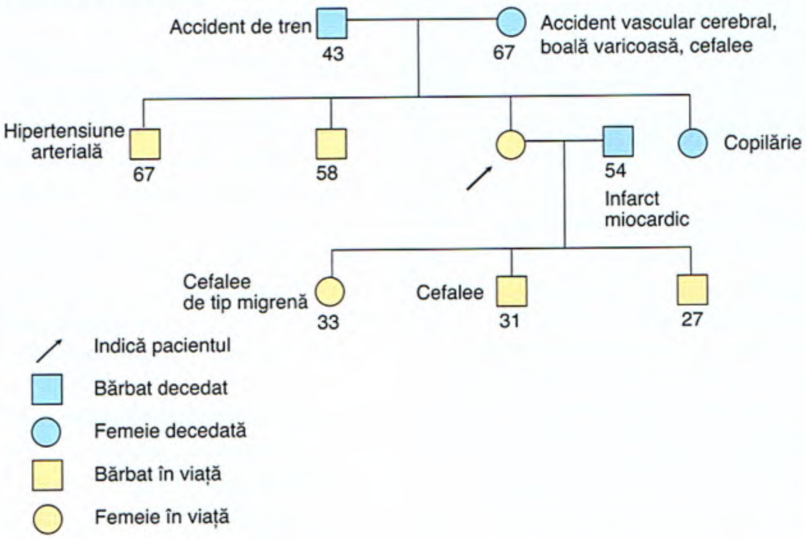
*Puteţi adăuga un asterisc sau sublinia datele importante.

(se continuă)

Graviditate (G)-Paritate, sau numărul de naşteri (P)-Avorturi (A)-Copii în viaţă (C), sau G-P-A-C 3-3-0-3

CAZUL CLINIC AL DNEI N (CONTINUARE)

Antecedente heredo-colaterale



SAU

Tatăl decedat la 43 de ani într-un accident de tren. Mama decedată la 67 de ani în urma unui accident vascular cerebral; avea boală varicoasă, cefalee.

Un frate, 61 de ani, cu hipertensiune arterială, fără alte probleme; un frate, 58 de ani, fără probleme, cu excepţia unei artrite uşoare; o soră, decedată în copilărie, de cauză necunoscută.

Soţul a decedat la 54 de ani în urma unui infarct miocardic.

Fiică, 33 de ani, cu cefalee migrenoasă, fără alte probleme; fiu, 31 de ani, cu cefalee; fiu, 27 de ani, fără probleme.

Fără istoric familial de diabet, tuberculoză, afecţiuni cardiace sau renale, cancer, anemie, epilepsie sau boală psihică.

Istoric personal şi social: S-a născut şi a crescut în Lake City, a absolvit liceul, s-a căsătorit la 19 ani. A fost casieră doi ani, apoi s-a mutat cu soţul în Amarillo şi a avut trei copii. A reînceput să lucreze în urmă cu 15 ani, din cauza problemelor financiare. Toţi copiii sunt căsătoriţi. În urmă cu patru ani, Dl. N a decedat subit, în urma unui infarct miocardic, lăsându-i mici economii. Dna N s-a mutat într-un mic apartament pentru a fi aproape de fiica ei, Dorothy. Soţul acesteia, Arthur, are o problemă cu consumul de alcool. Apartamentul Dnei N este acum un refugiu pentru Dorothy şi cei doi copii ai ei, Kevin de 6 ani şi Linda de 3 ani. Dna N se simte obligată să-i ajute; este încordată şi speriată, dar neagă depresia. Are prieteni, dar rareori discută cu ei probleme de familie: „Prefer să le ţin pentru mine. Nu-mi place bârfa." Nu merge la biserică sau alte organizaţii de susţinere. Se trezeşte în mod obişnuit la 7.00 dimineaţa, lucrează de la 9.00 la 17.30, ia cina singură.

Exerciţii fizice şi dietă. Face puţin efort fizic. Dietă bogată în carbohidraţi.

Măsuri de siguranţă. Foloseşte regulat centura de siguranţă auto. Foloseşte protecţie solară. Păstrează medicamentele într-un dulap neîncuiat. Agenţii de curăţare într-un dulap neîncuiat sub chiuvetă. Pistolul şi cutia de gloanţe care au aparţinut Dl. N sunt într-un dulap neîncuiat, în pod.

(se continuă)

Antecedentele heredo-colaterale pot fi înregistrate sub forma unei diagrame sau a unei relatări. Pentru urmărirea afecţiunilor genetice, diagrama este mai utilă decât relatarea. Pentru persoane fără antecedente heredo-colaterale, se poate folosi oricare dintre cele două forme.

CAZUL CLINIC AL DNEI N (CONTINUARE)

Evaluarea aparatelor şi sistemelor

Aspect general. **A luat în greutate* aproximativ 4,5 kilograme în ultimii 4 ani.

Tegumente. Fără erupţii sau alte modificări.

Cap, ochi, urechi, nas, gât (HEENT [head, eyes, ears, nose, throat]). Vezi *Istoricul bolii*. Fără antecedente de traumatism cranian. *Ochi*: Ochelari pentru citit de 5 ani, ultima consultaţie în urmă cu 1 an. Fără simptome. *Urechi*: Auz bun. Fără tinitus, vertij, infecţii. *Nas, sinusuri*: Ocazional, răceli uşoare. Fără febra fânului, sau afecţiuni ale sinusurilor. **Gât* (*sau cavitate orală şi faringe*): Câteva sângerări gingivale recente. Ultimul consult stomatologic în urmă cu 2 ani. Ocazional afte bucale.

Regiune cervicală. Fără noduli, guşă, durere. Fără tumefieri glandulare.

Glande mamare. Fără noduli, durere, secreţie mamelonară. Sporadic efectuează auto-examinarea sânilor.

Aparat respirator. Fără tuse, wheezing, dispnee. Ultima radiografie toracică în 1986, la spitalul Sfânta Maria; fără modificări.

Aparat cardiovascular. Fără boli cardiace cunoscute, fără hipertensiune arterială; ultima măsurare a tensiunii arteriale în 2003. Fără dispnee, ortopnee, durere toracică, palpitaţii. Nu a efectuat niciodată o electrocardiogramă (EKG).

Aparat digestiv. Apetit bun; fără greaţă, vărsături, probleme de digestie. În general, scaun zilnic, *deşi uneori are scaune tari 2 sau 3 zile, mai ales în perioadele în care este încordată; fără diaree sau sângerări. Fără durere, icter, tulburări hepatice sau biliare.

Aparat urinar. Fără polakiurie, disurie, hematurie sau dureri recente în flanc; nicturie x1, cantitate mare. *Ocazional pierde mici cantităţi de urină când tuşeşte tare.

Aparat genital. Fără infecţii vaginale sau pelvine. Fără dispareunie.

Sistem vascular periferic. Varice venoase apărute la ambele membre inferioare în timpul primei sarcini. Timp de 10 ani a avut edeme ale gleznelor după ortostatism prelungit; poartă ciorapi elastici; a încercat să ia diuretice cu 5 luni în urmă, dar fără efect; fără istoric de flebită sau durere a membrelor inferioare.

Sistem osteomuscular. Durere lombară inferioară moderată, de obicei după o zi lungă de muncă; fără iradiere în membrele inferioare; obişnuia să facă exerciţii pentru spate, dar acum nu mai face. Fără alte dureri articulare.

Funcţii psihice. Fără istoric de depresie sau tratament pentru afecţiuni psihice. Vezi şi *Istoricul bolii* şi *Istoricul personal şi social*.

Sistem neurologic. Fără episoade de pierdere a cunoştinţei, convulsii, deficite motorii sau senzitive. Memorie bună.

Sistem hematologic. Cu excepţia sângerărilor gingivale, nu sângerează uşor. Fără anemie.

Sistem endocrin. Fără probleme tiroidiene cunoscute sau intoleranţă la căldură. Sudoraţie normală. Fără simptome sau istoric de diabet.

Examen obiectiv

Dna N este o femeie de vârstă mijlocie, scundă, supraponderală, vioaie, care răspunde cu rapiditate la întrebări. Este relativ încordată şi are palmele umede şi reci. Părul îi este aranjat cu grijă, iar hainele îi sunt imaculate. Coloraţia tegumentului este normală. Stă în decubit dorsal fără disconfort.

(se continuă)

CAZUL CLINIC AL DNEI N (CONTINUARE)

Semne vitale. Înălţime (fără încălţăminte) 157 cm. Greutate (îmbrăcată) 65 kg. IMC 26. TA 164/98 la braţul drept în decubit dorsal; 160/96 la braţul stâng în decubit dorsal; 152/88 la braţul drept în decubit dorsal cu manşetă lată. Frecvenţa cardiacă (FC) 88 regulat. Frecvenţa respiratorie (FR) 18. Temperatura (orală) 37°C.

Tegumente. Palme umede şi reci, dar normal colorate. Hemangioame senile răzleţe în partea superioară a trunchiului. Unghii fără hipocratism şi fără cianoză.

Cap, ochi, urechi, nas, gât (HEENT). *Cap*: Păr cu textură obişnuită. Scalp fără leziuni, aspect normocefalic/fără traumatisme (NC/FT). *Ochi*: Acuitate vizuală 20/30 pentru fiecare ochi. Câmpuri vizuale normale la testare separată. Conjunctivă de culoare roz, scleră albă. Pupile cu diametrul de 4 mm, se contractă până la 2 mm, rotunde, cu contur regulat, egal reactive la lumină. Mişcări oculare normale. Papila nervului optic cu margini regulate, fără hemoragii sau exsudate. Fără îngustări ale arteriolelor sau semne de încrucişare arterio-venoasă. *Urechi*: Cerumen care acoperă parţial membrana timpanică (MT) dreaptă; canal auditiv stâng liber, MT stângă cu triunghi luminos Politzer normal. Acuitate auditivă bună la voce şoptită. Test Weber egal bilateral. Transmisie aeriană > transmisie osoasă. *Nas*: Mucoasă roz, sept pe linia mediană. Fără sensibilitate la nivelul sinusurilor. *Cavitate bucală*: Mucoasă orală roz. Câteva papile interdentare eritematoase, discret tumefiate. Dentiţie bună. Limba pe linia mediană cu o ulceraţie de 3x4 mm superficială, albicioasă, cu bază eritematoasă, pe faţa ventrală, în apropierea vârfului limbii; de consistenţă fermă, dar nu dură. Amigdale absente. Faringe fără exsudate.

Regiune cervicală. Gât suplu. Trahee pe linia mediană. Istm tiroidian greu palpabil, lobi nepalpabili.

Sistem limfoganglionar. Limfoganglioni cervicali posteriori şi amigdalieni mici (<1 cm), elastici, nedureroşi şi mobili, bilateral. Fără adenopatii axilare sau epitrohleare. Câteva adenopatii mici la nivel inghinal bilateral, elastice şi nedureroase.

Torace şi plămâni. Torace simetric cu mişcări respiratorii normale. Sonoritate pulmonară prezentă. Murmur vezicular prezent fără zgomote supraadăugate. Diafragmul coboară 4 cm simetric în inspir.

Aparat cardiovascular. Puls venos jugular prezent la 1 cm deasupra unghiului sternal, în decubit dorsal cu masa de examinare înclinată la 30°. Puls carotidian puternic, fără sufluri. Şoc apexian discret şi regulat, greu palpabil în al 5-lea spaţiu intercostal stâng, la 8 cm lateral de linia mediosternală. Auscultaţie bună a zgomotelor cardiace 1 (Z_1) şi 2 (Z_2); zgomotele 3 (Z_3) şi 4 (Z_4) nedecelabile. Suflu mezosistolic de gradul 2/6, cu tonalitate joasă, în al 2-lea spaţiu intercostal drept, fără iradiere spre regiunea cervicală. Fără sufluri diastolice.

Glande mamare. Mobile, simetrice. Fără mase palpabile, fără secreţie mamelonară.

Abdomen. Proeminent. Cicatrice vindecată în cadranul inferior drept. Zgomote hidro-aerice intestinale prezente. Abdomen nedureros, fără mase palpabile. Matitate hepatică cu diametrul de 7 cm pe linia medioclaviculară dreaptă; margine netedă, palpabilă la 1 cm sub rebordul costal drept (RCD). Splină şi rinichi nepalpabile. Fără sensibilitate în unghiurile costovertebrale (UCV).

Aparat genital. Organe genitale externe fără leziuni. Cistocel moderat la nivelul orificiului vaginal, exteriorizat la efort. Mucoasă vaginală de culoare roz. Col uterin roz, cu aspect de multipară, fără scurgeri. Uter situat anterior, pe linia mediană, cu suprafaţă netedă, de dimensiuni normale. Anexe nepalpabile din cauza obezităţii şi a relaxării precare. Fără sensibilitate cervicală sau la nivelul anexelor. S-a prelevat frotiu Papanicolaou. Perete recto-vaginal integru.

Tuşeu rectal. Ampulă rectală fără mase palpabile. Materii fecale brune, test de hemoragii oculte negativ.

Membre inferioare. Calde, fără edeme. Molet suplu, nedureros. *(se continuă)*

CAZUL CLINIC AL DNEI N (CONTINUARE)

Sistem vascular periferic. Edeme minore la ambele glezne. Dilataţii varicoase moderate ale venelor safene la nivelul ambelor membre inferioare. Fără hiperpigmentare sau ulcere de stază. Puls (2 + = hiperactiv (viu), sau normal):

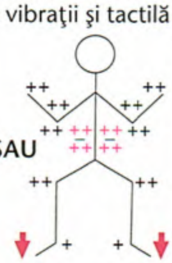
	Artera radială	Artera femurală	Artera poplitee	Artera dorsală a piciorului	Artera tibială posterioară
Dreapta	2+	2+	2+	2+	2+
Stânga	2+	2+	2+	Absent	2+

Sistem osteomuscular. Fără deformări ale articulaţiilor. Mobilitate bună la nivelul mâinilor, articulaţiei pumnului, coatelor, umerilor, coloanei vertebrale, şoldurilor, genunchilor, gleznelor.

Sistem neurologic. *Status mental*: Încordată, dar alertă şi cooperantă. Gândire coerentă. Orientată temporo-spaţial. *Nervi cranieni*: II-XII integri. *Motor*: volum şi tonus muscular normale. Forţa musculară 5/5 pentru toate masele musculare. *Reflexe cerebeloase*: Mişcări alternante rapide (RAM), proba indice-nas, normale. Mers echilibrat, cursiv. *Sensibilitate*: sensibilitate normală la înţepătura cu acul, sensibilitate tactilă fină, proprioceptivă, la vibraţii şi tactilă grosieră, normale. Proba Romberg negativă. *Reflexe*:

	Bicipital	Tricipital	Brahio-radial	Patelar	Achilian	Plantar
Dreapta	2+	2+	2+	2+	1+	↓
Stânga	2+	2+	2+	2+/2+	1+	↓

SAU



Vezi Scala de gradare a forţei musculare, pag. 680.

Pot fi folosite două metode pentru înregistrarea reflexelor: un tabel sau o diagramă schematică; 2+ = hiperactiv (viu), sau normal. Vezi pag. 696 pentru sistemul de clasificare a reflexelor.

Teste de laborator

În prezent, nici unul. Vezi Planul de abordare.

EVALUARE ŞI PLAN DE ABORDARE

1. **Cefalee vasculară, de tip migrenă.** Femeie în vârstă de 54 de ani cu migrene din copilărie, cu caracter pulsatil vascular şi însoţite frecvent de greaţă şi vărsături. Cefaleea apare în condiţii de stres şi este ameliorată de somn şi aplicarea de comprese reci. Nu prezintă edem papilar, iar examenul neurologic nu identifică deficite motorii sau senzitive. Diagnosticul diferenţial include cefaleea tensională, care apare tot în contextul unui stres, dar în care durerea nu este ameliorată de masaj şi are caracter pulsatil şi nu continuu. Nu prezintă febră, redoare de ceafă sau semne neurologice de focar care să sugereze meningită, iar caracterul recurent al durerii de-a lungul vieţii face improbabilă o hemoragie subarahnoidiană (descrisă de obicei ca fiind „cea mai gravă durere de cap din viaţa mea").

(se continuă)

EVALUARE ŞI PLAN DE ABORDARE (CONTINUARE)

Plan de abordare:

- Discutaţi caracteristicile migrenei comparativ cu cefaleea tensională.
- Discutaţi despre controlul durerii prin metode de biofeedback şi metode de reducere a stresului.
- Sfătuiţi pacienta să evite cofeina, inclusiv cafeaua, cola şi alte băuturi carbogazoase.
- Recomandaţi administrarea de AINS pentru cefalee, la nevoie.
- Dacă este necesar, la următoarea consultaţie începeţi administrarea medicaţiei profilactice în cazul în care pacienta are mai mult de trei migrene pe lună.

2. **Tensiune arterială ridicată.** Pacienta are hipertensiune sistolică la măsurarea cu tensiometrul cu manşetă lată. Poate fi legată de obezitate, dar şi de anxietatea primei consultaţii. Fără semne de leziuni organice la nivelul retinei şi cordului.

Plan de abordare:

- Discutaţi valorile standard pentru evaluarea tensiunii arteriale.
- Verificaţi din nou tensiunea arterială după 1 lună folosind manşeta lată.
- Efectuaţi testele serice metabolice de bază; verificaţi sumarul de urină.
- Încurajaţi scăderea ponderală, exerciţiile fizice, sau ambele (vezi punctul 4).
- Recomandaţi scăderea consumului de sare.

3. **Cistocel cu incontinenţă urinară de efort ocazională.** Cistocel depistat la examenul ginecologic, probabil legat de relaxarea vezicală. Pacienta este în perioada perimenopauză. Incontinenţa apare la tuse, sugerând modificări ale anatomiei colului vezical. Fără disurie, febră sau durere în flanc. Nu ia medicamente care să favorizeze incontinenţa. De obicei pierde cantităţi mici de urină, nu prezintă incontinenţă prin picurare, aşadar sunt puţin probabile incontinenţa de necesitate sau cea de preaplin.

Plan de abordare:

- Explicaţi pacientei cauzele incontinenţei de efort.
- Verificaţi sumarul de urină.
- Recomandaţi efectuarea de exerciţii Kegel.
- Luaţi în considerare administrarea vaginală de cremă cu estrogeni la următoarea consultaţie, dacă nu înregistraţi îmbunătăţiri.

4. **Obezitate.** Pacienta are înălţime 157 cm şi greutate 65 de kilograme. IMC este de aproximativ 26.

Plan de abordare:

- nvestigaţi dieta, cereţi pacientei să ţină un jurnal al aportului de alimente.
- Recomandaţi pacientei găsirea unei motivaţii pentru a slăbi, şi stabiliţi o ţintă de scădere ponderală pentru următoarea consultaţie.
- Programaţi o consultaţie la un dietetician.
- Discutaţi un program de exerciţii fizice, de exemplu mersul pe jos timp de 30 de minute în majoritatea zilelor săptămânii.

5. **Stres familial.** Ginerele are o problemă cu consumul de alcool; fiica şi nepoţii caută refugiu în apartamentul pacientei, ducând la tensiuni în relaţiile de familie. Pacienta are, de asemenea, dificultăţi financiare. În prezent, stresul este legat de situaţie. Fără elemente actuale de depresie majoră.

Plan de abordare:

- Exploraţi părerea pacientei legată de strategiile de a face faţă stresului.
- Exploraţi sursele posibile de susţinere, care includ asociaţiile de combatere a abuzului de alcool pentru fiică şi consilierea financiară pentru pacientă.
- Continuaţi monitorizarea pacientei pentru depresie.

6. **Dureri osteomusculare lombare inferioare ocazionale.** De obicei asociate cu ortostatismul prelungit. Fără istoric de traumatism sau accident rutier.

(se continuă)

EVALUARE ŞI PLAN DE ABORDARE (CONTINUARE)

Durerea nu iradiază; fără sensibilitate la examinare, fără deficite motorii sau senzitive. Este improbabilă o compresiune discală sau radiculară, bursită trohanteriană sau sacroileită.

Plan de abordare:

- Reiteraţi beneficiile scăderii ponderale şi a exerciţiilor fizice în întărirea musculaturii lombare inferioare.

7. **Abuzul de tutun.** 1 pachet de ţigări pe zi timp de 36 de ani.

Plan de abordare:

- Măsuraţi debitul expirator maxim sau raportul FEV_1/FVC (volumul expirator maxim pe secundă / capacitate vitală forţată) prin spirometrie.
- Avertizaţi pacienta în mod serios să renunţe la fumat.
- Recomandaţi înscrierea într-un program pentru renunţarea la fumat.
- Recomandaţi aplicarea de plasturi, un tratament actual pentru favorizarea abstinenţei.

8. **Boală varicoasă a membrelor inferioare.** Fără neplăceri actuale.
9. **Istoric de pielonefrită dreaptă, 1998.**
10. **Alergie la ampicilină.** A prezentat erupţie cutanată, dar fără alte reacţii alergice.
11. **Profilaxia bolilor.** Ultimul test Papanicolaou în 2004; nu a efectuat niciodată o mamografie.

Plan de abordare:

- Învăţaţi pacienta tehnicile de auto-examinare a sânilor; programaţi o mamografie.
- Recoltaţi frotiu Papanicolaou.
- Oferiţi trei teste guaiac pentru detectarea hemoragiilor oculte în scaun; la următoarea consultaţie discutaţi despre colonoscopia de screening.
- Recomandaţi tratament stomatologic pentru gingivita uşoară.
- Sfătuiţi pacienta să mute medicamentele şi agenţii de curăţare caustici într-un dulap încuiat, situat deasupra înălţimii umărului dacă este posibil.

Stabilirea listei de probleme. După finalizarea evaluării şi redactarea foii de observaţie, vă va fi uşor să stabiliţi o *Listă de probleme* care să rezume afecţiunile pacientului. *Înregistraţi întâi problemele active şi serioase şi notaţi data debutului lor.* Unii medici fac liste separate pentru problemele active şi cele inactive; alţii întocmesc o singură listă în ordinea priorităţii. La consultaţiile ulterioare, *Lista de probleme* vă va aminti să verificaţi starea unor afecţiuni pe care pacientul este posibil să le omită. De asemenea, *Lista de probleme* va permite şi altor membri ai echipei de îngrijire medicală să evalueze starea de sănătate a pacientului.

Pe pagina următoare este exemplificată o *Listă de probleme* corespunzătoare cazului clinic al Dnei N. Puteţi să numerotaţi problemele şi să folosiţi numărul atunci când vă referiţi la una anume în notele următoare.

Medicii îşi organizează listele de probleme diferit, chiar pentru acelaşi pacient. Problemele pot fi simptome, semne, evenimente medicale anterioare cum ar fi o internare sau o intervenţie chirurgicală, sau diagnostice. Puteţi introduce şi alte elemente faţă de cele prezentate mai sus. Listele diferă în funcţie de elementele accentuate, lungime şi detaliile oferite, iar acestea depind de

LISTĂ DE PROBLEME: CAZUL DNEI N

Dată	*Număr*	*Problemă*
30/08/2008	1	Cefalee vasculară, de tip migrenă
	2	Tensiune arterială crescută
	3	Cistocel cu incontinenţă de efort ocazională
	4	Obezitate
	5	Stres familial
	6	Durere lombară inferioară
	7	Abuz de fumat de la vârsta de 18 ani
	8	Boală varicoasă
	9	Istoric de pielonefrită dreaptă, 1998
	10	Alergie la ampicilină
	11	Profilaxie

specialitatea, modul de gândire şi rolul medicului ca furnizor de servicii medicale. Unii medici pot considera această listă prea lungă. Alţii vor descrie mai explicit aspecte precum „stresul familial" sau „boala varicoasă."

Lista prezentată aici include atât problemele care necesită atenţie în prezent, cum ar fi cefaleea Dnei N, precum şi problemele care trebuie monitorizate în timp, cum ar fi tensiunea arterială şi cistocelul. Menţionarea alergiei la ampicilină este un avertisment pentru a nu prescrie medicamente din familia penicilinei. Unele simptome, cum ar fi aftele bucale şi scaunele tari, nu apar pe această listă deoarece reprezintă probleme minore şi nu solicită atenţie în cursul acestei consultaţii. O listă de probleme cu prea multe subiecte relativ nesemnificative are o valoare scăzută. Dacă importanţa acestor simptome creşte, ele pot fi adăugate la următoarea consultaţie.

Provocările datelor clinice. După cum puteţi observa din cazul Dnei N, organizarea datelor clinice obţinute de la pacient reprezintă în sine o provocare. Studentul începător trebuie să decidă dacă grupează semnele şi simptomele pacientului într-o singură problemă sau în mai multe probleme diferite. Cantitatea mare de date poate părea imposibil de organizat. Calitatea informaţiilor poate duce la erori. Următoarele paragrafe conţin îndrumări care să vă ajute în procesul dificil de organizare a datelor.

- **Gruparea datelor într-o singură problemă sau în mai multe probleme.** Una dintre cele mai mari dificultăţi întâlnite de studenţi este modul de organizare a datelor clinice. Datele clinice indică o singură problemă sau mai multe? *Vârsta* pacientului vă poate ajuta: pacienţii tineri au probabilitate mai mare de a avea o singură boală, în vreme ce persoanele mai în vârstă au de obicei afecţiuni multiple. *Localizarea în timp* a simptomelor este un alt detaliu util. De exemplu, un episod de faringită în urmă cu 6 săptămâni nu are probabil legătură cu motivele care îl aduc pe pacient la consultaţie în acest moment: febră, frisoane, durere toracică de tip pleuritic şi tuse. Pentru a fi eficienţi, trebuie să cunoaşteţi evoluţia naturală a mai multor boli şi afecţiuni. O scurgere peniană gălbuie urmată după 3 săptămâni de apariţia unei ulceraţii nedureroase la nivelul penisului

sugerează două afecţiuni: gonoree şi sifilis primar. Pe de altă parte, o ulceraţie peniană urmată după 6 săptămâni de o erupţie cutanată maculopapulară însoţită de limfadenopatie generalizată sugerează două stadii ale aceleiaşi boli: sifilis primar şi secundar.

Implicarea *mai multor aparate şi sisteme* vă poate ajuta să grupaţi datele clinice. Dacă simptomele şi semnele apar la nivelul unui singur sistem, o singură boală le poate explica. Problemele prezente în sisteme diferite, aparent fără legătură între ele, necesită adesea mai multe explicaţii. De exemplu, puteţi decide să asociaţi hipertensiunea unui pacient cu un şoc apexian puternic şi prezenţa hemoragiilor retiniene cu aspect „în flacără", atribuindu-le sistemului cardiovascular în cadrul „bolii cardiovasculare hipertensive cu retinopatie hipertensivă". Trebuie să găsiţi o altă explicaţie pentru febra moderată, sensibilitatea în cadranul inferior stâng al abdomenului şi diareea acuzate de pacient.

Unele boli implică mai multe sisteme. Pe măsură ce dobândiţi cunoştinţe şi experienţă, veţi deveni tot mai capabili să recunoaşteţi *afecţiunile multisistemice* şi să formulaţi explicaţii plauzibile care să asocieze manifestările lor aparent nelegate între ele. Chiar dacă sunteţi începători, pentru a explica tusea, hemoptizia şi scăderea ponderală la un instalator de 60 de ani care a fumat ţigarete timp de 40 de ani, veţi considera cancerul pulmonar ca fiind foarte probabil în formularea diagnosticului diferenţial. Cianoza unghială vă poate susţine diagnosticul. Prin experienţă şi educaţie medicală continuă veţi observa că şi celelalte simptome şi semne ale pacientului pot fi legate de acelaşi diagnostic. Disfagia reflectă extensia cancerului la esofag, asimetria pupilară sugerează compresia lanţului simpatic cervical, iar icterul poate fi cauzat de metastazele hepatice.

Un alt caz de boală multisistemică este cel al unui bărbat tânăr care se prezintă cu odinofagie, febră, scădere ponderală, leziuni cutanate purpurice, leucoplazie, limfadenopatie generalizată şi diaree cronică, care probabil are SIDA. Factorii de risc asociaţi trebuie investigaţi cu promptitudine.

- **Selecţia datelor dintr-o listă vastă.** Frecvent sunteţi confruntaţi cu o listă relativ lungă de semne şi simptome şi o listă la fel de lungă de posibile explicaţii. Un mod de abordare este *selectarea de grupuri separate de observaţii şi analizarea fiecărui grup pe rând*, în modul descris mai sus. De asemenea, puteţi să *adresaţi o serie de întrebări cheie* care urmăresc o anumită direcţie de gândire şi care vă permit să ignoraţi temporar alte explicaţii. De exemplu, puteţi întreba care sunt factorii care declanşează şi care ameliorează durerea toracică a pacientului. Dacă răspunsurile sunt: efortul, respectiv repausul, vă puteţi concentra asupra sistemului cardiovascular şi osteomuscular, lăsând sistemul digestiv deoparte. Dacă durerea este localizată substernal, are caracter de arsură şi apare numai după mese, vă puteţi concentra asupra tractului gastrointestinal. Întrebările specifice vă ajută să construiţi un "arbore decizional" sau un algoritm util în colectarea şi analizarea datelor clinice şi în obţinerea unor concluzii şi explicaţii logice.

- **Evaluarea calităţii datelor.** Aproape toate informaţiile clinice pot fi supuse greşelii. Pacienţii uită să menţioneze simptome, confundă evenimente ale

bolii lor, evită să recunoască lucruri stânjenitoare şi adesea îşi deviază relatarea spre ceea ce medicul vrea să audă. Medicii pot interpreta greşit afirmaţiile pacientului, pot trece cu vederea informaţii, nu adresează „cea mai importantă întrebare cheie", pot ajunge prematur la concluzii şi diagnostice, sau pot uita o parte importantă a examinării, cum ar fi examenul fundului de ochi la o pacientă cu cefalee. Puteţi evita o parte din aceste erori prin însuşirea obiceiurilor rezumate mai jos.

SUGESTII PENTRU ASIGURAREA CALITAȚII DATELOR CLINICE

- Formulaţi întrebări cu final deschis şi ascultaţi cu atenţie şi răbdare povestea pacientului.
- Urmăriţi o succesiune meticuloasă şi sistematică în cursul anamnezei şi examenului obiectiv.
- Păstraţi-vă gândirea deschisă către pacient şi datele oferite.
- Întotdeauna includeţi „cel mai rău scenariu posibil" în lista de posibile explicaţii ale problemelor pacientului şi asiguraţi-vă că poate fi exclus în mod sigur.
- Analizaţi orice greşeală în colectarea şi interpretarea datelor.
- Consultaţi-vă cu colegii şi revedeţi literatura medicală de specialitate pentru a vă clarifica incertitudinile.
- Aplicaţi principiile analizei datelor la informaţiile şi testele legate de pacient.

Întocmiţi foaia de observaţie cât mai curând după consultarea pacientului, înainte ca aspectele constatate să se şteargă din memorie. La început puteţi lua notiţe, dar încercaţi să consemnaţi în foaie fiecare parte a istoricului medical în timpul anamnezei, lăsând spaţii pe care să le completaţi cu detalii mai târziu. Notaţi tensiunea arterială, frecvenţa cardiacă şi modificările observate, pentru că aceste valori vă vor reaminti anumite detalii mai târziu când completaţi fişa.

Vezi Planşa 2-1, pag. 53: Exemplu de Foaie de Evoluţie pentru vizita de control a Dnei N.

ÎNREGISTRAREA DATELOR: REDACTAREA CORECTĂ A FOII DE OBSERVAȚIE

O foaie de observaţie clară şi bine organizată este esenţială pentru îngrijirea pacientului. În timp trebuie să vă îmbunătăţiţi abilitatea de a efectua anamneza şi examenul clinic general, dar şi capacitatea de a formula raţionamentul clinic, *Evaluarea* şi *Planul de abordare*. Scopul urmărit este întocmirea unei fişe medicale clare, concise, dar în acelaşi timp cuprinzătoare, care să documenteze observaţiile cheie din evaluarea pacientului şi să conţină problemele acestuia într-o formă succintă şi *lizibilă* pentru ceilalţi membri ai echipei de îngrijire medicală. Chiar dacă instituţia în care lucraţi are formulare tipizate sau electronice pentru înregistrarea informaţiilor legate de pacient, trebuie întotdeauna să fiţi capabili să realizaţi propriile voastre înregistrări.

Indiferent de experienţa pe care o aveţi, există câteva principii care vă pot ajuta să realizaţi o foaie de observaţie bună. Ţineţi cont de aspecte precum *ordinea şi lizibilitatea*, precum şi *cantitatea de detalii* necesară. Cantitatea de detalii inclusă poate fi o problemă. Ca student veţi avea tendinţa de a consemna multe detalii (sau chiar vi se va cere acest lucru). În acest mod vă formaţi deprinderi descriptive, vă perfecţionaţi vocabularul medical şi rapiditatea – chiar dacă este un proces care consumă timp. În cele din urmă, totuşi, presiunea volumului mare de muncă şi necesitatea folosirii judicioase a timpului vă vor obliga la anumite compromisuri. Cu toate acestea, o foaie de observaţie corect întocmită pune întotdeauna la dispoziţie elementele necesare pentru susţinerea tuturor problemelor şi diagnosticelor identificate, elemente furnizate de anamneză, examen obiectiv şi teste de laborator.

REDACTAREA CORECTĂ A FOII DE OBSERVAŢIE

Este întocmită în ordine?

Ordinea este obligatorie. Asiguraţi-vă că persoanele care o vor citi, inclusiv voi înşivă, vor găsi cu uşurinţă informaţii specifice. Elementele *subiective* obţinute în cadrul anamnezei trebuie menţionate în istoricul medical; nu le introduceţi în examenul obiectiv.

- Aţi formulat titlurile clar?
- Aţi marcat conţinutul cu aliniate şi spaţii?
- Aţi prezentat *Istoricul bolii* în ordine cronologică, începând cu episodul actual şi continuând cu informaţii relevante din trecut?

Datele incluse contribuie direct la evaluare?

Trebuie să subliniaţi constatările care susţin fiecare problemă şi diagnostic pe care le-aţi identificat, atât cele pozitive cât şi cele negative. Asiguraţi-vă că includeţi suficiente detalii care să vă susţină Evaluarea şi Planul de abordare.

Aţi precizat prezumţiile care sunt negate de pacient?

Uneori, anumite părţi ale anamnezei sau examenului obiectiv sugerează o anomalie care poate exista sau apărea în zona respectivă.

În cazul unui pacient cu echimoze severe, consemnaţi în foaie faptul că pacientul neagă existenţa unor traumatisme sau episoade de violenţă, a tulburărilor de coagulare congenitale, a medicaţiei sau deficitelor nutriţionale care pot duce la apariţia echimozelor.

În cazul unui pacient cu depresie dar fără comportament suicidar, consemnaţi ambele aspecte. Pe de altă parte, la un pacient cu o modificare tranzitorie a stării de dispoziţie nu este necesar un comentariu despre suicid.

Aţi inclus generalizări excesive sau aţi omis date importante?

Ţineţi cont că datele neînregistrate se pierd definitiv. Nu contează cât de bine vă amintiţi anumite detalii astăzi, probabil că nu vi le veţi mai aminti peste câteva luni. Enunţul „examen neurologic normal", chiar scris de voi înşivă, s-ar putea să vă facă să vă întrebaţi peste câteva luni „Oare chiar am efectuat examinarea organelor de simţ?"

Sunt prea multe detalii?

Există informaţii repetate în exces sau redundante?

Există vreo informaţie importantă îngropată în masa de detalii, care poate fi descoperită numai de către cel mai tenace cititor? *Omiteţi majoritatea observaţiilor de tip negativ* cu excepţia celor legate direct de acuzele pacientului

(se continuă)

REDACTAREA CORECTĂ A FOII DE OBSERVAŢIE (CONTINUARE)

sau de afecţiuni care au fost în mod specific excluse în cursul stabilirii diagnosticului.

Nu menţionaţi toate anomaliile pe care nu le-aţi găsit. În schimb, concentraţi-vă pe câteva importante, cum ar fi „fără sufluri cardiace" şi încercaţi să descrieţi structurile în mod concis. Puteţi omite anumite părţi ale corpului, chiar dacă le-aţi examinat, cum ar fi genele şi sprâncenele dacă nu au modificări.

„Col uterin roz şi neted" indică faptul că nu aţi văzut zone eritematoase, ulceraţii, noduli, mase tumorale, chisturi sau alte leziuni suspecte, fiind o descriere scurtă şi uşor de citit.

Formularea (frazele) şi prescurtările sunt corecte? Există date repetate inutil?

Omiteţi cuvintele care nu sunt necesare, cum ar fi cele din paranteze în exemplele următoare. Astfel economisiţi timp şi spaţiu.

„Col uterin (de culoare) roz." „Sonoritate pulmonară prezentă (la percuţie)." „Ficat sensibil (la palpare)." Ambele urechi (dreapta şi stânga) prezintă cerumen." „Suflu sistolic de ejecţie de gradul 2/4 (la auscultaţie)." „Torace simetric (bilateral)."

Omiteţi repetarea propoziţiilor introductive cum ar fi „Pacientul nu acuză...", deoarece persoanele care citesc pornesc de la premisa că pacientul este sursa istoricului medical, dacă nu se specifică altceva.

Folosiţi cuvinte scurte în locul celor lungi sau neobişnuite, atunci când ele au acelaşi sens, cum ar fi „palpat" în loc de „examinat" sau „auzit" în loc de „auscultat".

Descrieţi aspectele observate, nu acţiunile efectuate. „Papilă optică vizualizată" este un enunţ mai puţin util decât „papilă cu margini net delimitate", chiar dacă prima formulare desemnează prima observaţie.

Este scrisă într-un stilul succint? Aţi folosit prea multe abrevieri?

Foile de observaţie sunt documente ştiinţifice şi legale, de aceea trebuie să fie clare şi uşor de înţeles.

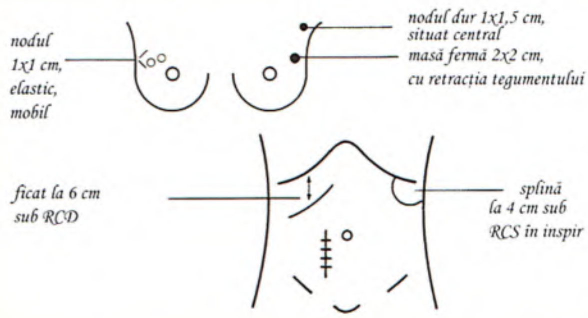
Folosirea unor cuvinte sau enunţuri scurte în loc de fraze întregi este frecventă, dar abrevierile şi simbolurile trebuie folosite numai dacă sunt înţelese cu uşurinţă.

De asemenea, un stil concis este mai potrivit decât unul excesiv de elegant.

Asiguraţi-vă că foaia întocmită este lizibilă; altminteri, tot ce aţi înregistrat este inutil pentru persoanele care o citesc.

Aţi inclus diagrame şi măsurători precise acolo unde a fost necesar?

Diagramele contribuie substanţial la caracterul clar al înregistrării.



(se continuă)

REDACTAREA CORECTĂ A FOII DE OBSERVAȚIE (CONTINUARE)

Pentru a facilita o evaluare corectă şi comparaţiile ulterioare, formulaţi măsurătorile în centimetri, nu în fructe, nuci sau legume.

„limfonodul de 1x1 cm" este recomandat în loc de „limfonodul de mărimea unui bob de mazăre..." Sau „formaţiune de 2x2 cm în lobul stâng al prostatei" în loc de „o masă prostatică de dimensiunile unei nuci."

Este tonul redactării unul neutru şi profesional?

Este important să fiţi obiectivi. Comentariile ostile, moralizatoare sau dezaprobatoare nu îşi au locul în fişa pacientului. Nu folosiţi niciodată cuvinte, o caligrafie sau o punctuaţie provocatoare sau umilitoare.

Comentarii cum ar fi „Pacient BEAT şi AJUNS CU ÎNTÂRZIERE LA SPITAL DIN NOU!!" sunt lipsite de profesionalism şi reprezintă un exemplu negativ pentru alte persoane care citesc fişa. De asemenea, se pot dovedi greu de susţinut din punct de vedere legal, în faţa unei instanţe

EVALUAREA DATELOR CLINICE

Simptomele, semnele obiective, testele de laborator şi investigaţiile radiologice contribuie la diminuarea incertitudinii dacă pacientul are sau nu o anumită boală. Datele clinice, inclusiv testele de laborator, sunt totuşi imperfecte. Învăţaţi să aplicaţi principiile *reproductibilităţii*, *validităţii*, *sensibilităţii*, *specificităţii* şi *valorii predictive* în cazul observaţiilor clinice şi al analizelor cerute. Aceste caracteristici vă ajută să decideţi câtă încredere puteţi avea în constatările făcute şi în rezultatele testelor atunci când evaluaţi prezenţa sau absenţa unei boli sau a unei probleme. Trebuie de asemenea să vă însuşiţi şi să aplicaţi două concepte suplimentare: *coeficientul de concordanţă kappa (k) şi raportul de probabilitate* (likelihood ratio - LR). Aceste şapte instrumente statistice sunt folosite frecvent pentru a evalua datele clinice. Acordaţi timpul necesar pentru a le aprofunda sub îndrumarea profesorilor şi exersaţi folosirea lor. Aceste instrumente vă vor fi de folos în practică, având rolul de a vă întări raţionamentul clinic şi de a contribui la luarea deciziilor medicale.

Formularea datelor clinice. Pentru a folosi aceste principii, este important să le aşezaţi în formatul 2x2 prezentat pe pagina următoare. Prin folosirea constantă a acestui format vă veţi asigura de acurateţea calculării sensibilităţii, specificităţii şi valorii predictive a oricărui test. Reţineţi că prezenţa sau absenţa bolii implică folosirea unui *criteriu standard* pentru a stabili dacă boala este cu adevărat prezentă sau absentă. Acesta este, de obicei, cel mai bun test disponibil, cum ar fi angiografia coronariană pentru evaluarea bolii ischemice coronariene, sau o biopsie tisulară pentru afecţiunile maligne.

PRICIPIILE ALEGERII ȘI UTILIZĂRII UNUI TEST

Reproductibilitatea (unui rezultat cuantificabil). Indică gradul de stabilitate, adică gradul în care măsurători repetate ale aceluiaşi fenomen relativ stabil vor da acelaşi rezultat. Poartă şi numele de precizie. Reproductibilitatea poate fi măsurată pentru un observator sau pentru mai mulţi.

Exemplu: Dacă în mai multe ocazii un medic obţine prin percuţie acelaşi diametru al matităţii hepatice la un pacient, *reproductibilitatea intraobservator* este bună. Dacă, pe de altă parte, mai mulţi medici găsesc diametre diferite ale matităţii hepatice la acelaşi pacient, *reproductibilitatea interobservator* este redusă.

Validitatea. Arată cât de mult corespunde o anumită observaţie cu „adevărata stare de fapt", sau cu cea mai bună măsurătoare existentă.

Exemplu: Măsurarea tensiunii arteriale cu un tensiometru cu coloană de mercur este mai puţin validă decât determinarea tensiunii cu dispozitive intra-arteriale.

Sensibilitatea. Identifică proporţia de persoane care au rezultat pozitiv la un test efectuat pentru depistarea unei anumite boli, într-un grup de persoane despre care se cunoaşte că au boala respectivă, sau proporţia de persoane care au rezultat *adevărat-pozitiv* raportat la numărul total de persoane care au boala. Când nu există semne sau testul este negativ la persoane care au boala, rezultatul este numit *fals-negativ. Semnele sau testele bune au o sensibilitate de peste 90% şi ajută la excluderea bolii, deoarece sunt puţine rezultate fals-negative. Aceste semne sau teste se folosesc în special pentru screening.*

Exemplu: Sensibilitatea semnului Homan în diagnosticul trombozei venoase profunde (TVP) a gambei este de 50%. Cu alte cuvinte, într-un grup de pacienţi cu tromboză venoasă profundă confirmată prin flebografie, care este un test mult mai bun, numai 50% vor avea semnul Homan pozitiv, aşadar acest test, dacă este negativ, este inutil fiindcă 50% din pacienţi pot avea TVP.

Pentru a vă aminti aceste principii, reţineţi enunţul formulat de experţi: „când Sensibilitatea simptomului sau semnului este mare, un rezultat Negativ exclude boala căutată" („when the ***Sen***sitivity of a symptom or a sign is high, a ***N***egative response rules ***out*** the target disorder", iar acronimul acestei propoziţii este „***SnNout*** (bot)."[11]

Specificitatea. Identifică proporţia de persoane care au rezultat negativ la un test efectuat pentru depistarea unei anumite boli, într-un grup de persoane despre care se cunoaşte că **nu** au boala respectivă, sau proporţia de persoane care au rezultate adevărat-negative raportat la numărul total de persoane care nu au boala. Când există semne sau testul este pozitiv la persoane care nu au boala, rezultatul este numit *fals-pozitiv*. Semnele sau testele bune au specificitate de peste 90% şi ajută la includerea bolii în diagnostic, deoarece testul este rareori pozitiv în absenţa bolii şi sunt puţine rezultate fals-pozitive.

Exemplu: Specificitatea amilazei serice la pacienţii cu suspiciune de pancreatită acută este de 70%. Cu alte cuvinte, din 100 de pacienţi fără pancreatită, 70% vor avea amilaza serică normală; în 30% din cazuri, amilaza serică va fi fals crescută.

În mod similar, când Specificitatea este înaltă, un test Pozitiv confirmă boala căutată (when the ***Sp***ecificity is high, a ***P***ositive test rules ***in*** the target disorder." Acronimul este „SpPin (rotire)."[11]

(se continuă)

PRICIPIILE ALEGERII ȘI UTILIZĂRII UNUI TEST (CONTINUARE)

Valoarea predictivă. Indică probabilitatea ca un anumit simptom, semn sau test - fie pozitiv, fie negativ – să indice prezenţa sau absenţa unei boli.

Valoarea predictivă pozitivă indică probabilitatea existenţei bolii la pacienţii cu test pozitiv (anormal), sau proporţia de rezultate „adevărat-pozitive" din totalul populaţiei testate.

Exemplu: Într-un grup de femei cu noduli mamari palpabili identificaţi în cadrul unui program de screening pentru cancer, proporţia celor cu cancer de sân confirmat constituie *valoarea predictivă pozitivă* a prezenţei de noduli mamari palpabili pentru diagnosticul cancerului de sân.

Valoarea predictivă negativă indică probabilitatea de a nu avea boala la pacienţii cu test negativ (sau normal), sau proporţia de rezultate „adevărat-negative" din totalul populaţiei testate.

Exemplu: Într-un grup de femei fără noduli mamari palpabili în cadrul programului de screening pentru cancer, proporţia celor fără cancer de sân confirmat constituie *valoarea predictivă negativă* a absenţei nodulilor mamari.

Reţineţi că valorile privind prezenţa sau absenţa bolii, determinate prin folosirea criteriului standard, sunt întotdeauna prezentate **în partea de jos a tabelului**, în coloanele din stânga şi din dreapta (*prezentă = a+c; absentă = b+d*). Numărul observaţiilor sau testelor este întotdeauna prezentat **pe diagonala tabelului** pe rândurile de sus şi de jos (*test pozitiv = a+b; test negativ = c+d*).

		Criteriu standard: Prezent	Criteriu standard: Absent	
Observație sau Test	+	95 observații adevărat-pozitive (a)	10 observații fals-pozitive (b)	105 total observații pozitive
	–	5 observații fals-negative (c)	90 observații adevărat-negative (d)	95 total observații negative
		100 total persoane cu boală	100 total persoane cu boală	

În acest moment puteţi efectua calculele:

$$\textbf{Sensibilitatea} = \frac{a}{a+c} = \frac{\text{observaţii adevărat-pozitive(95)}}{\text{total persoane cu boală (95+5)}} \cdot 100 = 95\%$$

$$\textbf{Sensibilitatea} = \frac{d}{b+d} = \frac{\text{observaţii adevărat-negative (90)}}{\text{total persoane cu boală (90+10)}} \cdot 100 = 90\%$$

$$\textbf{Valoarea predictivă pozitivă} = \frac{a}{a+b} = \frac{\text{observaţii adevărat-pozitive (95)}}{\text{total observaţii pozitive (95+10)}} \cdot 100 = 90.5\%$$

$$\textbf{Valoarea predictivă negativă} = \frac{d}{c+d} = \frac{\text{observaţii adevărat-negative (90)}}{\text{total observaţii negative (90+5)}} \cdot 100 = 94.7\%$$

Acum reveniţi la tabelul de pe pagina anterioară. ***Liniile verticale de culoare roşie*** *desemnează sensibilitatea (a/a+c) şi specificitatea (d/b+d), iar* ***liniile orizontale de culoare roşie*** *desemnează valoarea predictivă pozitivă (a/a+b) şi valoarea predictivă negativă (d/c+d).* Datele prezentate arată că testul în cauză (un test imaginar) are calităţi excelente ca test. Atât sensibilitatea cât şi specificitatea testului sunt peste 90%, ca şi valorile predictive pozitive şi negative. Un astfel de test ar fi util în clinică pentru evaluarea prezenţei unei boli sau afecţiuni la pacientul consultat.

Reţineţi că valoarea predictivă a unui test sau a unei observaţii depinde semnificativ de *prevalenţa* afecţiunii în populaţia studiată. Prevalenţa reprezintă proporţia de persoane dintr-o populaţie definită care, la un anumit moment dat, are o anumită boală. Când prevalenţa unei boli este *mică*, valoarea predictivă pozitivă a testului va fi eronată. Când prevalenţa este *mare*, sensibilitatea, specificitatea şi valoarea predictivă pozitivă sunt mari, iar valoarea predictivă negativă se apropie de zero. Pentru a exersa suplimentar aceste interrelaţii, studiaţi următoarele tabele despre Prevalenţă şi Valoarea predictivă şi efectuaţi calculele descrise.

PREVALENŢA ŞI VALOAREA PREDICTIVĂ

Vă prezentăm două exemple care vor ilustra aceste principii şi vor demonstra *modul în care valoarea predictivă variază cu prevalenţa*. În *Exemplul 1* se consideră o populaţie imaginară A alcătuită din 1000 de persoane. Prevalenţa bolii X în această populaţie este mare, respectiv 40%. Puteţi calcula rapid că 400 dintre aceste persoane au boala X. Apoi, încercaţi să identificaţi aceste cazuri cu ajutorul unei observaţii sau al unui test care are sensibilitate de 90% şi specificitate de 80%. Din aceste 400 de persoane cu boala X, observaţia aleasă identifică 0,90 x 400, adică 360 de persoane (adevărat-pozitive). Dar omite pe celelalte 40 de persoane (400-360, fals-negative). Din cele 600 de persoane fără boala X, observaţia sau testul este negativ la 0,80 x 600, adică 480 de persoane. Aceste persoane într-adevăr nu au boala X, aşa cum indică observaţia (adevărat-negative). Dar observaţia vă induce în eroare în ceea ce priveşte restul de 120 persoane (600-480).

(se continuă)

PREVALENȚA ȘI VALOAREA PREDICTIVĂ (CONTINUARE)

Aceste persoane sunt în mod greşit diagnosticate ca având boala X, deşi în realitate ele nu o au (fals-pozitive). Aceste calcule sunt rezumate mai jos:

Exemplul 1. Prevalenţa Bolii X = 40%

		Boala X (conform criteriului standard) Prezentă	Boala X (conform criteriului standard) Absentă	
Observație sau Test	+	360 observații adevărat-pozitive (a)	120 observații fals-pozitive (b)	480 total observații pozitive
	–	40 observații fals-negative (c)	480 observații adevărat-negative (d)	520 total observații negative
		400 persoane cu boala X	600 persoane fără boala X	1000 total persoane

Dat fiind că medicul nu cunoaşte exact cine are sau nu în realitate boala X, vă aflaţi în faţa a 480 de persoane pozitive pentru observaţia aleasă. Trebuie să încercaţi să faceţi diferenţa între rezultatele adevărat-pozitive şi cele fals-pozitive, iar în acest scop veţi folosi date suplimentare. Ţinând cont numai de sensibilitatea şi specificitatea observaţiei folosite, veţi putea determina probabilitatea ca o observaţie pozitivă să fie adevărat-pozitivă şi veţi dori probabil să îi explicaţi acest lucru pacientului. Probabilitatea se calculează după cum urmează:

$$\textit{Valoarea predictivă pozitivă} = \frac{a}{a+b} = \frac{\text{adevărat-pozitive (360)}}{\text{total observații pozitive (360 + 120)}} \cdot 100 = 75\%$$

Aşadar, 3 din 4 persoane cu observaţie pozitivă au cu adevărat boala, iar 1 din 4 nu o are.

Printr-un calcul similar, puteţi determina probabilitatea ca o observaţie negativă să fie adevărat-negativă. Rezultatele sunt suficient de liniştitoare pentru pacienţii implicaţi:

$$\textit{Valoarea predictivă negativă} = \frac{d}{c+d} = \frac{\text{adevărat-negative (480)}}{\text{total observații negative (40 + 480)}} \cdot 100 = 92\%$$

Pe măsură ce *prevalenţa* bolii în populaţie scade, valoarea predictivă a unei observaţii pozitive se reduce semnificativ, în timp ce valoarea predictivă a unei observaţii negative creşte. În *Exemplul 2*, într-o altă populaţie B de 1000 de persoane, numai 1% au boala X. Adică, în această populaţie, numai 10 persoane au boala X şi 990 nu o au. Dacă populaţia

(se continuă)

PREVALENȚA ȘI VALOAREA PREDICTIVĂ (CONTINUARE)

este examinată prin aceeaşi metodă (observaţie) care are sensibilitate de 90% şi specificitate de 80%, rezultatele sunt următoarele:

Exemplul 2. Prevalenţa Bolii X = 1%

		Boala X (conform criteriului standard) Prezentă	Absentă	
Observație sau Test	+	9 observații adevărat-pozitive (a)	198 observații fals-pozitive (b)	207 total observații pozitive
	–	1 observații fals-negative (c)	792 observații adevărat-negative (d)	793 total observații negative
		10 persoane cu boala X	990 persoane fără boala X	1000 total persoane

În acest caz vă confruntaţi cu un grup de 207 persoane (toate cele cu observaţii pozitive) din care trebuie să identificaţi 9 dintre cei 10 pacienţi reali. Valoarea predictivă a observaţiei pozitive este de numai 4%. Creşterea specificităţii observaţiei fără a-i diminua sensibilitatea ar fi foarte util, dacă ar fi posibil. De exemplu, dacă aţi putea creşte specificitatea observaţiei de la 80% la 98% (la aceeaşi prevalenţă de 1% şi sensibilitate de 90%), valoarea predictivă pozitivă a observaţiei ar creşte de la 4% la 31% - departe de ideal, dar cu siguranţă mult mai bine. Observaţiile sau testele bune au sensibilitatea şi specificitatea de 90% sau mai mare.

Deoarece prevalenţa influenţează semnificativ valoarea predictivă a unei observaţii, prevalenţa influenţează şi procesul de evaluare. Ţinând cont că boala coronariană ischemică este mult mai frecventă la bărbaţii de vârstă mijlocie decât la femeile tinere, ar trebui să suspectaţi angina pectorală ca fiind cauza mai probabilă a durerii toracice în primul grup. Efectul exercitat de prevalenţă asupra valorii predictive explică de ce şansele de a face o evaluare corectă sunt mai mari atunci când se suspicionează o afecţiune relativ frecventă decât una mai rară. Asocierea dintre febră, cefalee, mialgii şi tuse are probabil aceeaşi sensibilitate şi specificitate pentru diagnosticul de gripă de-a lungul întregului an, dar şansa unui diagnostic corect prin folosirea acestui grup de simptome este mult mai mare în cursul epidemiilor de gripă din timpul iernii decât în mijlocul lunii August.

Prevalenţa variază semnificativ în funcţie de condiţiile de apariţie a afecţiunii, ca şi în funcţie de anotimp. De exemplu, bronşita cronică este probabil cea mai frecventă cauză de hemoptizie printre pacienţii consultaţi într-un cabinet de medicină generală. În schimb, în clinica de oncologie a unui spital, cancerul pulmonar este prima cauză de hemoptizie luată în considerare, în timp ce la pacienţii aflaţi în serviciul post-operator al unei clinici chirurgicale, iritaţia produsă de sonda de intubaţie oro-traheală

sau infarctul pulmonar vor fi cauzele cele mai probabile ale hemoptiziei. Pe de altă parte, în unele regiuni din Asia, prima cauză luată în considerare ar trebui să fie un parazit numit *Paragonimus westermani* (viermele pulmonar). Sau, conform unei zicale populare, "când auzi zgomot de copite în depărtare gândește-te la cai, și nu la zebre, dacă nu cumva te afli în vizită la grădina zoologică".

Alți doi parametri statistici sunt de asemenea folositori în clinică: coeficientul k pentru măsurarea gradului de concordanță între observatori și *raportul de probabilitate (LR)*. Studenții ar trebui să aprofundeze aceste concepte prin studiu suplimentar.[12-14]

Raportul de probabilitate (LR). Exprimă probabilitatea ca o anumită observație să fie prezentă la un pacient care are boala, comparativ cu unul care nu o are. Când LR este mai mare decât 1, probabilitatea bolii crește; când LR este mai mic decât 1, probabilitatea bolii scade.

- LR pozitiv = $\frac{\text{sensibilitatea}}{(1 - \text{specificitatea})}$
- LR negativ = $\frac{\text{specificitatea}}{(1 - \text{sensibilitatea})}$

Exemplu. LR al hemoragiei subarahnoidiene este 10 dacă redoarea de ceafă este prezentă, și 0,4 dacă redoarea de ceafă este absentă. Hemoragia subarahnoidiană este de 10 ori mai probabilă în prezența redorii de ceafă decât în absența ei. Absența redorii de ceafă este de 0,4 ori mai frecventă la un pacient cu hemoragie subarahnoidiană decât la un pacient fără această suferință.

Coeficientul Kappa (κ) de concordanță între observatori. Măsoară gradul de acord între observatori, sau precizia, pentru o observație clinică în comparație cu gradul de acord strict întâmplător, fiind un coeficient de corelație.

Valorile convenționale ale coeficientului k sunt: acord slab = 0,0-0,2; intermediar = 0,2-0,4; moderat = 0,4-0,6; excelent = 0,8-1,0.[11]

Exemplu. Doi medici sunt de acord în 89% din cazuri privind diagnosticul de migrenă al unui pacient. Calculele arată că acordul lor strict întâmplător așteptat este de 59%. Concordanța după excluderea factorului aleator (100%-59%) este 41%, iar gradul lor real de acord este de 30% (89%-59%). Coeficientul al concordanței între cei doi este 30%/41%, adică 0,73. Această valoare arată că probabilitatea ca cei doi medici să fie de acord asupra diagnosticului de migrenă este moderată spre înaltă.

EDUCAȚIE MEDICALĂ CONTINUĂ: INTEGRAREA RAȚIONAMENTULUI CLINIC, EVALUĂRII ȘI ANALIZEI DATELOR CLINICE

Conceptele de sensibilitate și specificitate sunt utile atât în colectarea cât și în analiza datelor. Ele stau și la baza unor strategii elementare de anamneză. Întrebările cu sensibilitate mare, dacă primesc răspuns afirmativ, pot fi foarte

utile pentru screening şi în colectarea datelor care susţin ipotezele. De exemplu, „Aţi avut vreun disconfort sau durere în piept?" este o întrebare înalt sensibilă pentru diagnosticul anginei pectorale. La pacienţii cu această afecţiune veţi avea puţine răspunsuri fals-negative. Astfel, este o întrebare bună pentru screeningul iniţial. Totuşi, deoarece există multe alte cauze de disconfort toracic, nu este înalt specifică. Durerea localizată retrosternal, cu caracter de presiune şi durată sub 10 minute – fiecare caracteristică fiind un atribut al anginei – contribuie la datele care susţin diagnosticul. Pentru a vă confirma ipoteza este necesară o altă întrebare, cum ar fi „Durerea este declanşată de efort?" sau „Durerea este ameliorată de repaus?". Acest tip de întrebare are specificitate mai mare dacă primeşte un răspuns afirmativ.

Din examenul obiectiv se pot obţine de asemenea date pentru testarea ipotezelor. Suflurile cardiace sunt un exemplu bun de observaţii clinice cu sensibilitate şi specificitate variabile. Marea majoritate a pacienţilor cu *stenoză valvulară aortică* semnificativă prezintă suflu sistolic de ejecţie care se aude în focarul aortic. Prezenţa unui suflu sistolic este înalt sensibilă pentru stenoza aortică. Acest semn este prezent în majoritatea cazurilor. Rezultatele fals-negative sunt rare. Pe de altă parte, multe alte afecţiuni produc suflu sistolic, cum ar fi creşterea fluxului sanguin printr-un orificiu valvular normal, sau modificările sclerozante asociate vârstei, care fac parte din scleroza aortică, aşadar prezenţa unui suflu aortic nu este foarte specifică. Folosirea acestui suflu drept criteriu unic pentru diagnosticul stenozei aortice va duce la multe rezultate fals-pozitive.

În schimb, un suflu diastolic cu tonalitate înaltă, fin, aspirativ, descrescendo, care se aude cel mai bine pe marginea stângă a sternului, este suficient de specific pentru *regurgitarea aortică*. Un astfel de suflu nu este aproape niciodată auzit la persoanele sănătoase şi este prezent într-un număr restrâns de alte boli, aşadar există puţine rezultate fals-pozitive.

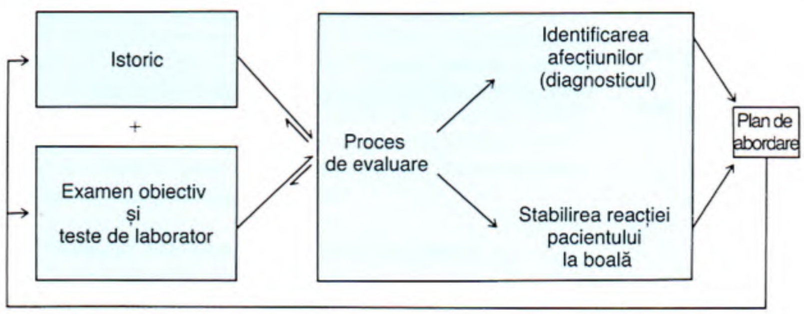
Asocierea datelor din anamneză şi examenul obiectiv vă permite testarea ipotezelor, eliminarea altor afecţiuni, construirea unui caz şi stabilirea unui diagnostic, chiar înainte de a avea rezultatele altor teste. Să considerăm următoarea listă de semne şi simptome: tuse, febră, un frison, durere pleuritică la nivelul toracelui stâng, matitate în câmpul pulmonar inferior stâng însoţită de raluri crepitante, respiraţie suflantă şi egofonie. Tusea şi febra sunt semne sugestive pentru pneumonie, următoarele două semne enumerate susţin ipoteza, iar respiraţia suflantă şi egofonia în acest context reprezintă asocieri foarte specifice pentru pneumonia lobară. O radiografie toracică va confirma diagnosticul.

Absenţa anumitor semne şi simptome este de asemenea utilă pentru diagnostic, mai ales când acestea sunt de obicei prezente într-o anumită afecţiune (adică au sensibilitate înaltă). De exemplu, dacă un pacient cu tuse şi durere pleuritică la nivelul toracelui stâng nu are febră, pneumonia bacteriană este foarte puţin probabilă (cu excepţia nou-născuţilor şi bătrânilor). În mod similar, la un pacient cu dispnee severă, absenţa ortopneei scade probabilitatea ca tulburarea de respiraţie să fie cauzată de o insuficienţă ventriculară stângă.

Medicii experimentaţi folosesc acest tip de gândire chiar dacă nu-i cunosc bazele statistice. Ei încep să genereze ipoteze de lucru încă din momentul în care pacientul descrie *Acuza principală* (simptomul predominant pentru care pacientul se prezintă la medic), iar apoi adună dovezi pentru una sau mai multe din aceste ipoteze şi renunţă la altele pe măsură ce avansează cu anamneza şi examenul obiectiv. În timp ce stabilesc *Istoricul bolii*, ei împrumută elemente din alte părţi

ale anamnezei, cum ar fi *Antecedentele personale patologice, Antecedentele heredo-colaterale* și *Evaluarea aparatelor și sistemelor*. La un bărbat de 55 de ani cu durere toracică, un medic cu experiență nu se va opri după aflarea caracteristicilor durerii, ci va continua cu verificarea factorilor de risc pentru boala coronariană ischemică cum ar fi istoricul familial, hipertensiunea, diabetul, dislipidemiile și fumatul. Atât în cadrul anamnezei cât și al examenului obiectiv, medicul caută în mod explicit alte posibile manifestări ale unei boli cardiovasculare, cum ar fi insuficiența cardiacă congestivă sau claudicația și diminuarea pulsului la nivelul membrelor inferioare în contextul bolii vasculare aterosclerotice periferice. Prin formularea timpurie a ipotezelor și testarea lor secvențială, acțiunile medicului devin tot mai eficace, iar relevanța și valoarea datelor colectate de acesta crește. Sau, conform unei zicale, "medicul sapă și adună mai puțin zăcământ, dar mai bogat în aur".

Această succesiune a colectării datelor și testării ipotezelor este prezentată în schema de mai jos.



După ce planul de abordare a fost pus în aplicare, procesul se reia. Medicul adună mai multe date, evaluează evoluția pacientului, face modificări în lista de probleme dacă este necesar și ajustează planul în conformitate cu acestea. Pe măsură ce acumulați experiență, vă veți familiariza rapid cu interdependența dintre evaluare, colectarea datelor și cunoștințele furnizate de literatura de specialitate. Veți ajunge să apreciați provocările și recompensele raționamentului clinic și evaluării, aspecte care fac atât de plină de semnificații îngrijirea pacienților.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales DE, et al. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. West J Med 156(2): 163–165, 1992.
2. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JRA, et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Brit Med J 2(5969):486–489, 1975.
3. Bowen J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. New Engl J Med 355(21): 2217–2225, 2006.
4. Coderre S, Mandin H, Harasym P, et al. Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success. Med Educ 37(8):695–703, 2003.
5. Elstein A, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnosis decision making: selective review of the cognitive literature. Brit Med J 324(7339):729–732, 2002.
6. Norman, G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. Med Educ 39(4):418–427, 2005.
7. Schneiderman H. Bedside Diagnosis. An Annotated Bibliography of Literature on Physical Examination and Interviewing, 3rd ed. Philadelphia: American College of Physicians, 1997.
8. McGee S. Evidence Based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders/Elsevier, 2007.
9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine.

JAMA 268(17):2420–2425, 1992.
10. Guyatt G. Users' Guide to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. New York: McGraw-Hill Medical, 2008.
11. Sackett D. A primer on the precision and accuracy of the clinical examination. JAMA 267(19):2638–2644, 1992.
12. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Epidemiology: The Essentials, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
13. Black E (ed). Diagnostic Strategies in Common Medical Problems, 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians, 1999.
14. Sackett DL. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Alfaro-LeFevre R. Critical Thinking and Clinical Judgment: A Practical Approach to Outcome-Focused Thinking, 4th ed. St. Louis: WB Saunders–Elsevier, 2009.

Carpenito LJ. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice, 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Cherry B, Jacob SR. Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management, 4th ed. St. Louis: Mosby–Elsevier, 2008.

Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Epidemiology: The Essentials, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Innui TS. Establishing the doctor–patient relationship: science, art, or competence? Schweiz Med Wochenschr 128:225, 1998.

Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcome disparities associated with race and ethnicity. Soc Sci Med 57(8):1429–1441, 2003.

Nettina SM. The Lippincott Manual of Nursing Practice Handbook, 3rd ed. Ambler, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Sackett DL. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

Colecția Bates vă oferă aceste resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination, 4th edition*

PLANŞA 2-1

Exemplu de foaie de evoluţie

O lună mai târziu, Dna N a revenit la control. Formatul foii de evoluţie poate fi variabil, dar trebuie să îndeplinească aceleaşi criterii ca şi prima evaluare. Redactarea trebuie să fie clară, suficient de detaliată şi uşor de urmărit. Trebuie să reflecte raţionamentul clinic şi să descrie evaluarea şi planul de abordare şi îngrijire. Fiţi la curent cu documentele tipizate din instituţia în care lucraţi, fiindcă acestea pot schimba detaliile şi tipul de informaţii de care aveţi nevoie pentru foaia de evoluţie.

Exemplul de mai jos reflectă formatul SOAP: (**S**ubiectiv, **O**biectiv, Evaluare – **A**ssessment şi **P**lanificare). Veţi întâlni mai multe variante, unele centrate pe datele oferite de pacient. Rubricile SOAP nu sunt întotdeauna marcate, dar se înţeleg implicit. Adesea medicii consemnează istoricul şi examenul obiectiv, apoi îşi susţin planul de abordare prin notarea fiecărei probleme şi a evaluării acesteia.

25.09.2008

Dna N a revenit în clinică pentru vizita de control şi urmărire a evoluţiei cefaleei migrenoase. Afirmă că a avut mai puţine episoade de cefalee de când evită băuturile cu cofeină. În prezent bea cafea decofeinizată şi nu mai consumă cola. S-a inscris într-un grup de susţinere şi a început exerciţiile de reducere a stresului. Încă mai are unul sau două episoade de cefalee pe lună însoţite de greaţă, dar sunt mai puţin severe şi se ameliorează după administrarea de AINS. Neagă simptome de tip: febră, redoare de ceafă, tulburări vizuale asociate, deficite motorii şi senzitive, sau parestezii.

Şi-a măsurat tensiunea arterială la domiciliu. Are valori în jur de 150/90 mm Hg. Merge pe jos timp de 30 de minute de trei ori pe săptămână în cartierul ei şi a redus aportul caloric zilnic. Nu a reuşit să renunţe la fumat. Face exerciţiile Kegel, dar încă are mici pierderi de urină când tuşeşte sau râde.

Tratament: Ibuprofen 400 mg până la trei prize pe zi, la nevoie, pentru cefalee.
Alergii: Ampicilina determină erupţie cutanată.
Fumat: Un pachet pe zi de la vârsta de 18 ani.

Examen clinic obiectiv: O femeie plăcută, supraponderală, de vârstă mijlocie, vioaie şi relativ incordată. Înălţime 157 cm. Greutate 63 kg. IMC 26. TA 150/90. FC 86, regulată. FR 16. Afebrilă.

Tegumente: Fără nevi suspecţi. ***HEENT:*** Normocefalie, fără leziuni traumatice. Fără exsudate faringiene. ***Regiune cervicală:*** suplă, fără tireomegalie. ***Sistem ganglionar:*** fără limfadenopatii. ***Aparat respirator:*** Sonoritate pulmonară prezentă, fără zgomote supraadăugate. ***Aparat cardiovascular:*** Puls venos jugular la 6 cm deasupra atriului drept; puls carotidian puternic, fără sufluri. Z1 şi Z2 decelabile. Fără sufluri la examinarea actuală. Z3 şi Z4 nedecelabile. ***Abdomen:*** Zgomote hidroaerice prezente. Suplu, nedureros, fără hepatosplenomegalie. ***Extremităţi:*** fără edeme.

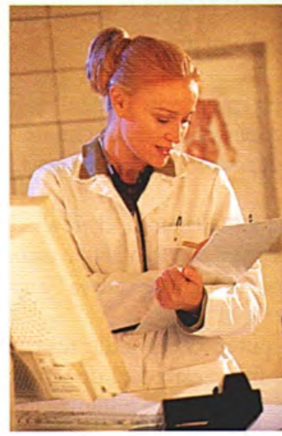
Teste de laborator: Testele metabolice uzuale şi examenul sumar de urină recoltate în 25.08.2008, fără modificări. Frotiu Papanicolaou normal.

Evaluare şi Plan de abordare

1. Migrene – în prezent episoadele s-au redus la unul sau două pe lună datorită reducerii ingestiei băuturilor cu cofeină şi diminuării stresului. Cefaleea răspunde la AINS.
   - Va renunţa la medicaţia profilactică deocamdată deoarece pacienta are mai puţin de trei episoade de cefalee pe lună şi se simte mai bine.
   - Consemnaţi necesitatea ca pacienta să renunţe la fumat şi să continue programul de exerciţii.
   - Consemnaţi participarea pacientei la un grup de susţinere pentru reducerea stresului.
2. Tensiune arterială crescută – TA rămâne crescută la 150/90.
   - Va incepe tratamentul cu un diuretic.
   - Pacienta îşi va măsura tensiunea arterială de trei ori pe săptămână şi va aduce carnetul cu valorile înregistrate la următoarea consultaţie.
   - Consemnaţi necesitatea ca pacienta să efectueze exerciţii fizice, să scadă în greutate şi să renunţe la fumat.
3. Cistocel cu incontinenţă de efort ocazională – incontinenţa de efort s-a ameliorat prin exerciţii Kegel, dar încă are mici pierderi de urină. Examenul sumar de urină – fără infecţie.
   - Va incepe tratamentul cu cremă vaginală cu estrogeni.
   - Va continua exerciţiile Kegel.
4. Obezitatea – pacienta a scăzut în greutate cu cca 2 kg
   - Va continua exerciţiile fizice.
   - Reevaluaţi dieta; consemnaţi necesitatea scăderii în greutate.
5. Stresul familial – pacienta îi face faţă mai bine. Vezi Planul de abordare de mai sus.
6. Dureri lombare inferioare ocazionale – fără acuze actuale.
7. Abuzul de tutun - vezi Planul de abordare de mai sus.
8. Profilaxia bolilor – frotiu Papanicolaou recoltat la consultaţia precedentă. A fost programată la mamografie. Se recomandă colonoscopie.

CAPITOLUL 3

Anamneza și istoricul medical



Anamneza este o conversaţie cu un scop precis. Pentru a stabili antecedentele personale patologice şi fiziologice ale pacientului, trebuie să vă folosiţi abilităţile de comunicare interpersonală pe care le utilizaţi în viaţa de zi cu zi, însă cu deosebiri specifice şi importante. Spre deosebire de conversaţia socială, în care vă puteţi exprima liber nevoile şi interesele personale şi sunteţi responsabil doar de propria persoană, scopul principal al discuţiei medic-pacient este de a îmbunătăţi starea de sănătate a pacientului. La modul general, scopul conversaţiei cu un pacient are trei componente: stabilirea unei relaţii bazate pe încredere şi susţinere, colectarea de informaţii şi oferirea de informaţii.[1-3]



Interacţiunea eficientă cu pacienţii este una dintre cele mai valoroase calităţi ale unui medic. La începutul carierei vă veţi concentra atenţia şi energia în direcţia strângerii de informaţii. În acelaşi timp, folosind metode care câştigă încrederea şi garantează respectul, veţi permite pacientului să îşi spună povestea în varianta sa cea mai completă şi detaliată. Stabilirea unei interacţiuni cu pacientul contribuie la creşterea gradului de confort al acestuia în momentul dezvăluirii informaţiilor personale, şi devine fundamentul relaţiei terapeutice medic-pacient.[4] Deoarece prin prisma bolii pacientul se poate simţi izolat şi descurajat, "senzaţia de comunicare cu medicul, de a fi ascultat şi înţeles cu adevărat, reduce sentimentul de izolare şi disperare în faţa bolii. Această senzaţie este însăşi esenţa vindecării."[5]

În acest capitol sunt redate elementele esenţiale ale anamnezei: modul de abordare în adunarea de informaţii despre istoricul pacientului, dar şi tehnicile fundamentale pe care le veţi folosi în permanenţă, rafinându-le în timp, în cadrul conversaţiilor cu pacienţii. Veţi afla care sunt principiile de bază ale unei anamneze exemplare şi veţi învăţa cum să stabiliţi cu pacienţii o relaţie bazată pe încredere. Capitolul cuprinde informaţii despre pregătirea prealabilă a anamnezei, structura secvenţială a acesteia, tehnicile de intervievare a pacientului şi strategiile de gestionare a diverselor provocări apărute în cursul interacţiunii cu pacienţii. Elementele fundamentale ale anamnezei, enumerate la sfârşitul acestei secţiuni, marchează complexitatea sarcinilor implicate de o anamneză "ca la carte".



În calitate de medic veţi ajuta pacientul să îşi spună povestea, timp în care veţi emite o serie de ipoteze referitoare la natura problemelor sale. În etapa imediat următoare veţi proba aceste ipoteze cerând pacientului informaţii mai detaliate. De asemenea, veţi explora atent sentimentele şi convingerile pacientului legate de problema sa. În timp, pe măsura acumulării experienţei clinice, veţi putea reacţiona la temerile pacientului prin prisma propriei înţelegeri. Dacă observaţi că nevoia cea mai pronunţată a pacientului este de sprijin şi empatie, încurajaţi-l să discute despre

experienţa stării de boală; împărtăşirea acestor stări este un act terapeutic în sine, aşa cum rezultă din relatarea de mai jos a unui pacient cu artrită cronică severă:

> Pacienta nu vorbise niciodată despre semnificaţia simptomelor bolii sale.
> Nu spusese vreodată: "Asta înseamnă că nu mă pot duce singură la baie,
> nu mă pot îmbrăca, nu pot nici măcar să cobor din pat fără a cere ajutorul cuiva."
>
> După ce am terminat examenul clinic, am spus ceva de genul: "Artrita reumatoidă nu v-a cruţat deloc." Pacienta şi fiica ei au izbucnit în plâns, iar eu am rămas acolo, ţinându-mi cu greu firea.
>
> Apoi ea a spus: "Ştiţi, nimeni nu mi-a mai vorbit despre boala mea ca despre un lucru personal. Nimeni nu mi-a vorbit ca şi când ar fi contat, ca şi când ar fi avut o semnificaţie personală."
>
> Acesta a fost elementul cheie al acelei întâlniri medic-pacient. De fapt nu prea aveam ce să îi ofer în afară de asta... Dar se întâmplase ceva cu adevărat important între noi, un lucru pe care ea l-a apreciat şi a cărui amintire urma să o poarte cu ea[6]

După cum puteţi observa din relatarea de mai sus, *realizarea anamnezei* necesită o sensibilitate fin cizelată faţă de sentimentele şi particularităţile comportamentale ale pacientului, fiind de fapt mult mai mult decât pur şi simplu o serie de întrebări. Acest proces diferă semnificativ de *formatul* antecedentelor personale prezentat în Capitolul 1. Amândouă sunt esenţiale în relaţia cu pacienţii, însă au scopuri diferite:

- *Formatul antecedentelor personale* ale pacientului este un cadru de lucru cu caracter general, util în organizarea datelor obţinute de la acesta, în *formă scrisă sau verbală*, în vederea utilizării de către alţi furnizori de servicii medicale; are rolul de a menţine atenţia medicului concentrată asupra obţinerii anumitor informaţii standard.

- *Anamneza*, procesul de intervievare în cadrul căruia sunt generate informaţiile medicale, are un caracter mult mai fluid şi necesită abilităţi de comunicare interpersonală. Nu presupune doar cunoştinţe medicale despre tipul de informaţii care trebuie obţinute de la pacient, ci şi capacitatea de a extrage informaţii exacte combinată cu abilităţile de comunicare interpersonală care permit medicului să reacţioneze adecvat la sentimentele şi temerile pacientului.

Dezvoltarea abilităţilor necesare realizării anamnezei vă va permite să colaboraţi cu pacientul şi să construiţi o relaţie de încredere reciprocă care să înlesnească vindecarea.

Diverse tipuri de antecedente personale. După cum aţi observat în Capitolul 1, tipul de informaţii căutate variază în funcţie de câţiva factori. Scopul şi cantitatea detaliilor depind de nevoile şi problemele pacientului, de obiectivul urmărit de către clinician şi de cadrul întâlnirii (de exemplu: pacient internat sau în ambulator, timpul disponibil, îngrijirea primară sau de specialitate).

- Pentru pacienţii noi, în majoritatea cazurilor, veţi efectua o *anamneză cuprinzătoare*.

- Pentru pacienţii care se prezintă la medic cu probleme specifice, de exemplu tuse sau disurie, poate fi indicată o anamneză mai restrânsă, adaptată la problema în cauză; este vorba de *anamneza centrată pe o anumită problemă*.

Vezi Capitolul 1, Noţiuni introductive: examenul clinic obiectiv şi anamneza, pag. 3-24.

- Pentru pacienţii care se prezintă la medic cu boli în plină evoluţie sau afecţiuni cronice, cea mai adecvată este anamneza centrată pe conduita pacientului în managementul bolii, stadiul evolutiv actual şi capacitatea funcţională, inclusiv calitatea vieţii.[7]

În cabinetele de îngrijire primară, medicii abordează şi aspecte legate de profilaxie, cum ar fi renunţarea la fumat sau limitarea comportamentului sexual riscant. Medicul specialist poate efectua o anamneză aprofundată în scopul evaluării unei probleme care înglobează un spectru larg de zone de interes. Cunoaşterea conţinutului şi relevanţei tuturor componentelor unei anamneze cuprinzătoare vă ajută să selectaţi informaţiile cele mai utile atât pentru medic, cât şi pentru pacient. Pe măsura acumulării experienţei clinice, veţi dobândi capacitatea de a identifica tipul de informaţii care trebuie aprofundate şi momentul potrivit pentru a o face.

Elementele esenţiale ale anamnezei

Pregătirea: maniera de abordare a anamnezei

Rezervarea unui interval de timp destinat introspecţiei. Parcurgerea dosarului medical al pacientului. Reevaluarea propriului comportament şi aspect exterior. Pregătirea mediului ambiant. Luarea de notiţe.

Acumularea de informaţii despre pacient: etapele anamnezei

Întâmpinarea pacientului şi stabilirea unei relaţii cu acesta. Provocarea relatării problemei de către pacient. Stabilirea obiectivelor anamnezei. Detalierea şi clarificarea unor aspecte ale istoricului pacientului. Crearea unei înţelegeri comune asupra problemelor pacientului. Negocierea planului terapeutic. Planificare vizitelor de urmărire şi încheierea întrevederii.

Dezvoltarea unei relaţii cu pacientul: tehnicile unei anamneze experimentate

Ascultarea activă. Anamneza ghidată. Comunicarea de natură non-verbală. Comportamentul empatic. Validarea. Liniştirea. Instituirea unui parteneriat. Rezumarea. Trecerile de la un subiect la altul. Transferul de putere către pacient.

Adaptarea anamnezei la situaţii specifice

Pacientul tăcut. Pacientul dificil de urmărit. Pacientul cu capacităţi alterate. Pacientul logoreic. Pacientul furios sau cu comportament distructiv. Anamneza în condiţiile unei bariere lingvistice. Pacientul cu nivel scăzut de educaţie. Pacientul cu hipoacuzie sau surditate. Pacientul nevăzător. Pacientul cu inteligenţă limitată. Pacientul care caută consiliere cu privire la probleme personale.

Subiecte sensibile care necesită abordări speciale

Istoricul sexual. Sănătatea mentală. Consumul de alcool sau droguri. Violenţa domestică. Decesul şi pacientul cu boală aflată în stadiul terminal.

Aspecte sociale ale anamnezei

Modestia în faţa diferenţelor culturale. Problema sexualităţii în relaţia medic-pacient. Probleme de etică şi conduită profesională.

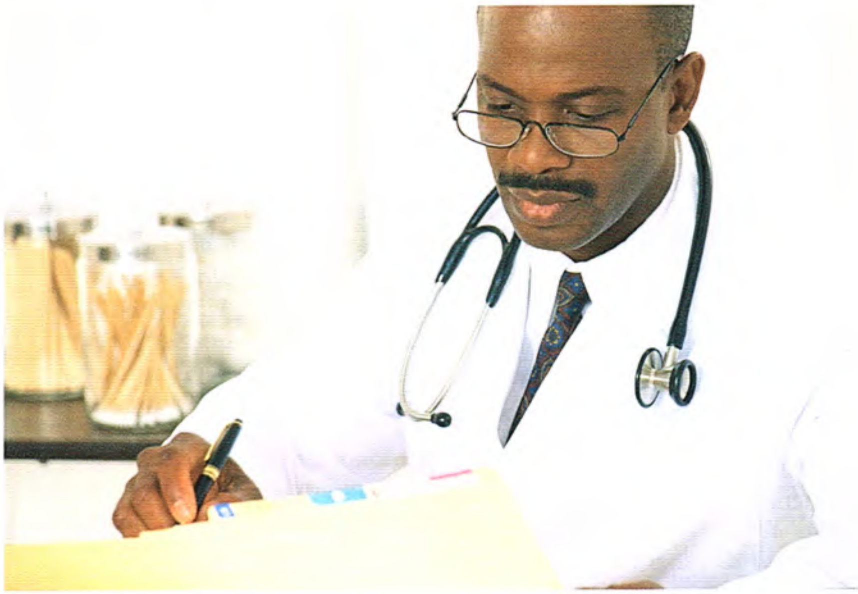


PREGĂTIREA: MANIERA DE ABORDARE A ANAMNEZEI

Efectuarea anamnezei necesită planificare. Chiar dacă sunteţi nerăbdători să iniţiaţi comunicarea cu pacientul, mai întâi acordaţi atenţie unor etape cu rol esenţial în atingerea succesului dorit: rezervarea unui interval de timp destinat introspecţiei, parcurgerea dosarului medical al pacientului, stabilirea obiectivelor anamnezei, reevaluarea propriului comportament şi aspect exterior, pregătirea mediului ambiant şi în vederea luării unor notiţe concise.

Rezervarea unui interval de timp destinat introspecţiei. În calitate de clinicieni întâlnim diverse tipuri de pacienţi, fiecare unic în felul său. Stabilirea unor relaţii interpersonale cu persoane de vârstă, categorie socială, rasă, etnie şi stare de *sănătate sau boală* diferite este un privilegiu deosebit. Una dintre provocările importante ale activităţii de medic este menţinerea unei atitudini respectuoase şi deschise faţă de diferenţele dintre indivizi. Ţinând cont de faptul că în cadrul tuturor acestor întâlniri aducem cu noi propriile valori, prejudecăţi şi atitudini părtinitoare, trebuie să ne autoanalizăm cu atenţie pentru a elucida în ce fel propriile aşteptări şi tipuri de reacţii pot influenţa ceea ce auzim şi felul în care ne purtăm. *Introspecţia este un element permanent al dezvoltării profesionale în practica clinică. Aceasta conferă un grad mai înalt de conştientizare a muncii noastre cu pacienţii, care este unul dintre aspectele îngrijirii care generează cele mai mari satisfacţii.*[8]

Parcurgerea dosarului medical al pacientului. Înainte de a consulta pacientul, parcurgeţi dosarul medical al acestuia. Astfel veţi culege informaţii despre pacient în vederea stabilirii domeniilor care trebuie explorate. Acordaţi atenţie detaliilor cum ar fi vârsta, sexul, domiciliul, statutul de plătitor al asigurărilor medicale, lista afecţiunilor, a medicamentelor administrate sau a antecedentelor personale alergice. Foaia de observaţie oferă informaţii valoroase referitoare la



diagnostice şi tratamente anterioare, însă nu permiteţi documentelor medicale din trecut să vă limiteze încercarea de a găsi noi abordări sau idei. Nu uitaţi că informaţiile din dosarul pacientului provin de la observatori diferiţi şi că elementele standardizate reflectă diverse norme instituţionale. În plus, fişa medicală nu este concepută cu scopul de a surprinde unicitatea persoanei pe care urmează să o întâlniţi. Datele pot fi incomplete, sau chiar în dezacord cu ceea ce aflaţi de la pacient – înţelegerea acestor discrepanţe este utilă în îngrijirea pacientului.

Stabilirea obiectivelor anamnezei. Înainte de începerea conversaţiei cu pacientul este important să stabiliţi clar care sunt obiectivele anamnezei. Pentru un student, obiectivul ar putea fi obţinerea unui istoric cât mai complet în vederea redactării unui text care va fi apoi prezentat profesorului. Pentru clinician obiectivele variază, de la completarea unor formulare standard necesare instituţiilor medicale, până la monitorizarea anumitor probleme medicale, sau testarea unor ipoteze rezultate prin parcurgerea fişei pacientului. *Medicul are datoria de a menţine un echilibru între aceste obiective centrate pe furnizorul de servicii medicale şi obiectivele centrate pe pacient.* Pot exista tensiuni între nevoile furnizorului, ale instituţiei şi cele ale pacientului şi familiei acestuia. A ţine cont de toate aceste elemente face parte din sarcinile clinicianului. Acordând un interval de câteva minute în care să meditaţi asupra obiectivelor voastre înainte de a trece la lucru, veţi atinge mai uşor un echilibru sănătos între variatele scopuri ale anamnezei.

Reevaluarea propriului comportament şi aspect exterior. În acelaşi fel în care observaţi atent pacientul în timpul anamnezei, veţi fi observaţi şi voi de către acesta. În mod conştient sau nu, transmiteţi mesaje atât prin intermediul cuvintelor cât şi al comportamentului vostru. Postura, gesturile, contactul vizual şi tonalitatea vocii au toate rolul de a transmite gradul în care sunteţi interesat, atent, în care acceptaţi şi înţelegeţi. Medicul experimentat pare calm şi tacticos, chiar şi atunci când timpul este limitat. Reacţiile care dau de gol dezaprobarea, jena, nerăbdarea sau plictiseala blochează comunicarea, la fel ca şi comportamentul condescendent, bazat pe stereotipii, critic sau de diminuare a importanţei problemei pacientului.

Una dintre condiţiile profesionalismului este menţinerea stăpânirii de sine. "Privirea favorabilă necondiţionată" afirmată de către Carl Rogers este un element care contribuie la efectul vindecător al relaţiei medic-pacient.[9]

Înfăţişarea voastră este un alt factor care va afecta relaţiile interpersonale stabilite în mediul clinic. Pacienţii consideră că aspectul îngrijit şi curat, stilul vestimentar clasic şi purtarea unui ecuson pe care este specificat numele au un efect liniştitor. Ţineţi cont şi de *perspectiva pacientului* dacă doriţi să îi câştigaţi încrederea.

Pregătirea mediului ambiant. Încercaţi să oferiţi cadrului în care se va desfăşura anamneza un caracter cât mai confortabil şi mai intim. Vor fi situaţii în care veţi fi nevoit să vorbiţi cu pacientul în condiţii dificile, de exemplu în camere cu două paturi sau pe holul unei secţii de urgenţă aglomerate, însă un mediu ambiant adecvat favorizează comunicarea. Dacă există draperii care se pot trage pentru asigurarea intimităţii pacientului, cereţi permisiunea pentru a le trage. Sugeraţi deplasarea către o cameră goală, în loc să continuaţi convorbirea în sala de aşteptare. Ajustaţi temperatura camerei în funcţie de nevoile pacientului, de câte ori este cazul. *În calitate de clinician, ţine de meseria voastră să realizaţi ajustările necesare pentru a transforma mediul de lucru într-unul cât mai confortabil pentru pacient şi pentru voi.* Aceste eforturi sunt întotdeauna utile.

Luarea de notiţe. La început, s-ar putea să fie nevoie să scrieţi mare parte din ceea ce auziţi în cursul anamnezei. Cu toate că medicii cu experienţă îndelungată reţin cea mai mare parte a datelor anamnestice fără a lua notiţe, nimeni nu îşi poate aminti toate detaliile dintr-o anamneză minuţioasă. Notaţi mai degrabă fraze scurte, date exacte sau cuvinte, decât variante finale ale textului, însă nu permiteţi ca procesul de redactare a notiţelor în scris sau în format electronic să vă distragă atenţia de la pacientul din faţa voastră. Păstraţi contactul vizual cu pacientul, şi ori de câte ori acesta vorbeşte despre subiecte delicate sau neplăcute, puneţi jos pixul sau îndepărtaţi-vă de tastatură. Majoritatea pacienţilor sunt obişnuiţi să interacţioneze cu cadre medicale care iau notiţe, însă, în cazul celor care găsesc acest lucru deranjant, discutaţi despre temerile lor şi explicaţi-le nevoia de a realiza o fişă medicală cât mai exactă. Dacă folosiţi un sistem electronic de stocare a datelor pacientului, revedeţi fişa acestuia înainte de a intra în cameră; în timp ce pacientul relatează problemele cu care se confruntă, staţi aşezat cu faţa către el, menţineţi contactul vizual direct şi observaţi comportamentul non-verbal al acestuia; folosiţi ecranul monitorului numai după stabilirea unei relaţii cu pacientul, şi implicaţi-l şi pe el în această activitate.[10]

ACUMULAREA DE INFORMAŢII DESPRE PACIENT: ETAPELE ANAMNEZEI

Odată ce aţi dedicat timp şi energie pregătirii anamnezei, sunteţi deplin pregătit pentru a asculta pacientul, pentru a afla care sunt temerile sale şi pentru a obţine date cu privire la starea de sănătate a acestuia. În general, anamneza are mai multe etape. *De-a lungul acestor etape, în calitate de medic trebuie să fiţi tot timpul în contact cu sentimentele pacientului, să îl ajutaţi să le exprime, să răspundeţi la ele şi să le validaţi importanţa.* Urmează înşiruirea tipică a etapelor.

Acumularea de informaţii despre pacient: etapele anamnezei

- Întâmpinarea pacientului şi stabilirea relaţiei de comunicare
- Stabilirea obiectivelor anamnezei
- Relatarea pacientului
- Identificarea şi reacţionarea la semnalele emoţionale ale pacientului
- Dezvoltarea şi clarificarea relatării pacientului
- Formularea şi testarea ipotezelor diagnostice
- Crearea unei înţelegeri comune a problemei
- Negocierea unui plan care include evaluări ulterioare, tratament, educaţia pacientului şi rolul acestuia în managementul bolii, profilaxie
- Planificarea schemei de monitorizare şi încheierea întrevederii

În calitate de student, vă veţi concentra în primul rând pe strângerea de date şi pe crearea unei înţelegeri comune a problemei. Pe măsură ce treceţi la statutul de medic practicant, planificarea de comun acord a schemei de monitorizare şi tratament capătă o importanţă mai mare. Indiferent de tipul anamnezei, cuprinzătoare sau concentrată asupra aspectelor esenţiale, trebuie să parcurgeţi etapele menţionate acordând o atenţie sporită stărilor şi reacţiilor afective ale pacientului, lucrând în permanenţă la întărirea relaţiei cu acesta. Luarea în calcul şi a perspectivei pacientului (sentimentele, ideile, aşteptările şi efectele acestora asupra vieţii cotidiene) atunci când adunaţi date sau formulaţi ipoteze facilitează o gamă mai largă de intervenţii terapeutice.

Întâmpinarea pacientului şi stabilirea relaţiei de comunicare. Primele momente ale întâlnirii cu pacientul constituie baza interacţiunii viitoare cu acesta. Modul în care îi întâmpinaţi pe el şi pe eventualii vizitatori aflaţi în cameră, şi în care ajustaţi mediul ambiant, modelează primele impresii ale pacientului.

Începeţi prin *a saluta şi a vă adresa pacientului* pe nume şi prezentaţi-vă cu propriul nume. Dacă este posibil, daţi mâna cu pacientul. Dacă sunteţi la prima întâlnire cu acesta, explicaţi-i care este rolul vostru, incluzând aici statutul de student dacă este cazul şi felul în care vă veţi implica în procesul de îngrijire. Repetaţi această parte introductivă cu ocazia întâlnirilor ulterioare până când puteţi afirma cu certitudine că pacientul ştie cine sunteţi: "Bună dimineaţa, Dl. Peters. Mă numesc Susannah Martinez şi sunt studentă la medicină, în anul 3. S-ar putea să vă aduceţi aminte de mine. Am fost şi ieri aici şi am vorbit despre problemele pe care le aveţi cu inima. Fac parte din echipa medicală care se ocupă de îngrijirea dumneavoastră."

Ideal este să folosiţi întotdeauna adresarea formală – Dl. O'Neil sau Dna. Washington de exemplu – este cea mai potrivită.[11,12] Exceptând copiii şi adolescenţii, nu vă adresaţi folosind numele mic, decât dacă beneficiaţi de permisiunea pacientului sau a familiei. În relaţia cu un adult străin, folosirea unor apelative de tipul „mamaie" sau „dragă" poate avea un efect de depersonalizare şi de înjosire. Dacă nu sunteţi siguri în legătură cu felul în care se pronunţă numele pacientului, întrebaţi-l chiar pe el. O puteţi face în felul următor: „Îmi este teamă să nu vă pronunţ greşit numele. Aţi putea să îl rostiţi cu voce tare pentru mine?" Apoi repetaţi-l pentru a vă asigura că l-aţi auzit corect.

Atunci când în cameră sunt şi vizitatori, nu uitaţi să îi salutaţi pe rând, ocazie cu care vă veţi interesa cu privire la numele fiecăruia şi la relaţia lor cu pacientul.



Ori de câte ori în cameră sunt prezente persoane aflate în vizită, *sunteţi obligat să protejaţi dreptul pacientului la confidenţialitate*. Lăsaţi-l pe acesta să decidă dacă vizitatorii sau membrii familiei pot rămâne în cameră pe perioada examinării şi cereţi permisiunea pacientului înainte de a începe anamneza în prezenţa acestora. De exemplu „Dnă. Jones, nu mă deranjează dacă sora dumneavoastră asistă la discuţia noastră, însă vreau să mă asigur că aceasta este dorinţa dumneavoastră" sau „Aţi prefera să vorbim între patru ochi sau de faţă cu sora dumneavoastră?"

Fiţi întotdeauna atent la confortul pacientului vostru. Fie că este vorba de cabinet sau de spital, ajutaţi pacientul să găsească un loc convenabil în care să poată depozita hainele şi alte lucruri personale. Dacă întâlnirea se desfăşoară în spital, după ce aţi salutat pacientul întrebaţi-l cum se mai simte şi dacă aţi sosit într-un moment potrivit. Gesturi cum ar fi aranjarea patului astfel încât pacientul să stea mai comod, sau aşteptarea preţ de câteva minute cât pacientul îşi ia rămas bun de la vizitatori sau termină de folosit plosca demonstrează conştientizarea nevoilor pacientului. În orice împrejurări, luaţi aminte la semnele de disconfort, de exemplu schimbarea poziţiei corpului sau expresia facială indicând durere sau anxietate. Trebuie să vă ocupaţi mai întâi de problema durerii sau a anxietăţii, atât pentru a stimula încrederea pacientului în voi, cât şi pentru a facilita începerea anamnezei.

Gândiţi-vă la modul cel mai potrivit de *a aranja camera* şi la distanţa la care ar fi ideal să vă plasaţi în raport cu pacientul. Nu uitaţi că moştenirea culturală şi gusturile individuale influenţează preferinţele referitoare la spaţiul personal. Alegeţi o distanţă care facilitează desfăşurarea conversaţiei şi permite menţinerea unui bun contact vizual. Această distanţă este probabil de câţiva zeci de centimetri, suficient de mare încât să asigure intimitatea, dar nu atât de mică încât să deveniţi inoportun. Trageţi un scaun şi, dacă este posibil, aşezaţi-vă în aşa fel încât ochii voştri să fie la acelaşi nivel cu ochii pacientului. Îndepărtaţi orice obstacole, de exemplu birouri sau măsuţe aşezate la marginea patului. Dacă vă aflaţi în ambulator, puteţi sta pe un scaun cu rotile, a cărui mobilitate vă permite ajustarea distanţei în funcţie de reacţiile pacientului. Evitaţi elementele de amenajare care semnifică lipsă de respect sau o

relaţie de putere inegală, de exemplu prelevarea de date anamnestice de la o pacientă deja aşezată în poziţie ginecologică. Astfel de situaţii sunt inacceptabile. Iluminarea este un alt factor important. Dacă staţi între pacient şi o sursă de lumină puternică sau o fereastră, deşi pentru voi situaţia ar putea fi confortabilă, este posibil ca pacientul să fie nevoit să ţină ochii întredeschişi pentru a vă putea vedea, ceea ce va da anamnezei o alură de interogatoriu.

Încă de la începutul anamnezei acordaţi întreaga atenţie pacientului. Începeţi printr-un schimb de amabilităţi ce are rolul relaxării pacientului, evitând să priviţi în jos pentru a lua notiţe, a citi fişa sau a privi ecranul computerului. Cu ocazia primei întâlniri, demonstraţi interes pentru pacient, ca persoană. De exemplu, în situaţii care nu sunt de natură acută, puteţi începe prin a întreba "Povestiţi-mi despre dumneavoastră, vreau să vă cunosc".[13]

Stabilirea obiectivelor anamnezei. Odată iniţiată comunicarea cu pacientul, sunteţi pregătit pentru a afla motivul prezentării sale la medic. Acest motiv este denumit în mod convenţional *acuza principală*, însă în ambulator, unde sunt adesea trei sau patru acuze la prezentare, sintagma *motivele prezentării* este cea mai potrivită.[14,15] Aceasta are şi avantajul suplimentar de a nu sugera că pacientul se plânge de ceva. Începeţi prin a adresa ***întrebări cu final deschis*** care nu limitează răspunsul în vreun fel: "Ce probleme v-au adus astăzi aici?" sau "Cum v-aş putea ajuta?" Întrebările ajutătoare cu final deschis sunt: "Există anumite probleme care v-au determinat să programaţi această întrevedere?" şi "Ce v-a făcut să vă hotărâţi să veniţi astăzi la spital?" Observaţi că aceste întrebări au rolul de a încuraja pacientul să-şi exprime îngrijorarea cu privire la orice tip de probleme, nu numai la cele de ordin medical *în sine*. Uneori răspunsurile pacienţilor nu includ o problemă specifică; ei doresc doar "un control". Alteori pacienţii oferă un răspuns asistentei şi altul medicului. Trebuie să ţineţi întotdeauna cont de faptul că prima problemă adusă în discuţie de pacient nu este în mod necesar şi cea mai importantă. De fapt, atunci când motivul principal al prezentării este de ordin psihosocial, de regulă *nu* este primul menţionat. Ordinea relatării problemelor nu este corelată cu importanţa lor clinică.[16]

Identificarea tuturor problemelor pacientului încă de la începutul anamnezei permite medicului şi pacientului stabilirea şi ierarhizarea de comun acord a problemelor celor mai presante şi a celor care mai pot fi amânate pentru următoarea întrevedere, în cadrul vizitelor de urmărire. Întrebări de tipul „Mai este ceva de adăugat?" sau „Oare am discutat despre tot ceea ce era de discutat?" contribuie la întocmirea unei liste complete a problemelor pacientului. Şi medicii pot avea diverse aspecte de lămurit, de exemplu creşteri tensionale sau discutarea unor rezultate anormale la diverse investigaţii de laborator. Identificarea motivului „real" de prezentare sau stabilirea listei complete a motivelor încă de la început optimizează folosirea timpului disponibil, facilitează managementul timpului şi reduce gradul de neglijare a anumitor probleme ca urmare a descoperirii lor tardive, deşi negocierea iniţială a obiectivelor întrevederii nu preîntâmpină întotdeauna sindromul „pe picior de plecare".[17]

Relatarea pacientului. După obţinerea, negocierea şi ierarhizarea obiectivelor întrevederii în funcţie de priorităţi, cereţi pacientului să vă relateze motivul cel mai important al vizitei, cu ajutorul formulei "Spuneţi-mi mai multe despre...". Continuaţi prin a încuraja pacientul să îşi spună povestea cu propriile cuvinte, utilizând o abordare cu caracter general.[18] Evitaţi influenţarea relatării pacientului – *nu introduceţi informaţii noi şi nu îl întrerupeţi*. În schimb, ascultaţi-l activ: aplecaţi-vă înainte în timp ce ascultaţi; folosiţi elemente care să comunice interesul, de exemplu daţi din cap în semn de aprobare, sau formule de tipul "hmm...",

"continuaţi" sau "înţeleg". Autoeducaţi-vă pentru a putea *urmări firul logic al pacientului.* Dacă interveniţi prea devreme sau puneţi întrebări specifice prematur, riscaţi să anulaţi chiar informaţia pe care o căutaţi.[14] Conform studiilor, medicii întrerup pacienţii după numai 18 secunde de la începutul vizitei medicale.[16] Odată întrerupţi, de regulă pacienţii nu se întorc la relatarea lor. După ce ascultaţi descrierea iniţială a pacientului, folosiţi *o abordare focalizată pentru a investiga mai amănunţit problema pacientului.* Întrebaţi *„Cum aţi descrie durerea pe care o simţiţi?" „Ce s-a întâmplat după aceea?" „Ce altceva aţi mai observat?"* Utilizarea întrebărilor suplimentare ghidate contribuie la acoperirea tuturor problemelor pacientului.

Vezi pag. 71 pentru detalii despre *formulele de continuare.*

Vezi pag. 69-72 pentru detalii despre *anamneza ghidată.*

Identificarea şi reacţia la semnalele emoţionale ale pacientului. Stresul emoţional însoţeşte adesea starea de boală; în cabinetele de medicină primară s-a constatat că între 30% şi 40% dintre pacienţi prezintă un grad semnificativ de anxietate şi depresie.[19] Vizitele medicale au tendinţa de a fi mai lungi atunci când medicii nu recunosc anumite semnale emoţionale.[17] În până la 75% dintre consultaţiile medicale generate de o suferinţă acută este posibil ca pacienţii să ascundă medicului adevăratele lor probleme[15], oferind însă diverse indicii cu privire la acestea, indicii care pot fi directe sau indirecte, verbale sau non-verbale, şi exprimate sub forma unor idei sau emoţii.[20] Recunoaşterea şi oferirea unui răspuns adecvat la aceste semnale emoţionale contribuie la consolidarea relaţiei, amplifică înţelegerea bolii de către clinician şi cresc satisfacţia pacientului.

Dacă pacientul nu menţionează care este impactul bolii asupra sa, încercaţi să evaluaţi contextul personal mai larg cu ajutorul unor întrebări: "În ce fel v-a afectat asta?" sau "Şi la ce concluzie aţi ajuns?" Cercetaţi sentimentele pacientului legate de boala sa în mod direct sau indirect cu ajutorul unor întrebări sau afirmaţii "Şi cum v-aţi simţit atunci?" sau "Mulţi oameni ar fi afectaţi de aşa ceva". În plus, exploraţi îndeaproape ideile pacientului referitoare la felul în care boala i-a influenţat viaţa.[18] Caseta de mai jos prezintă o clasificare a indiciilor relevante pentru perspectiva pacientului asupra bolii.

INDICII CU PRIVIRE LA PERSPECTIVA PACIENTULUI ASUPRA BOLII[20]

- Afirmaţii directe ale pacientului cuprinzând explicaţii, emoţii, aşteptări şi consecinţe ale bolii[9]
- Exprimarea sentimentelor generate de prezenţa bolii
- Încercarea de a explica sau de a înţelege simptomele
- Indicii prezente în vorbirea pacientului (de exemplu repetiţiile,[21] pauzele de gândire prelungite[22])
- Împărtăşirea unor informaţii personale
- Indicii comportamentale care reflectă existenţa unor temeri neindentificate încă, a insatisfacţiei sau a unor nevoi neîndeplinite, cum ar fi reticenţa în a accepta indicaţiile medicului, căutarea unei a doua opinii medicale, sau programarea unui controlul la scurt timp

Învăţaţi să răspundeţi rapid la semnalele emoţionale. Tehnicile adecvate de reacţie includ oglindirea reacţiei pacientului, folosirea unor sinonime şi feedback-ul care transmite sprijin şi ideea de parteneriat. Reacţiile la semnale emoţionale pot fi uşor reţinute cu ajutorul formulei mnemotehnice *NIRS: N*umeşte – „Pare o experienţă înfricoşătoare"; *Î*nţelege sau legitimează – „Este de înţeles că vă simţiţi aşa"; şi *R*espectă – „V-aţi descurcat mai bine decât ar fi făcut-o majoritatea oamenilor puşi în această situaţie".

Dezvoltarea şi clarificarea relatării pacientului. După obţinerea unei variante cât mai complete a relatării pacientului într-o manieră cât mai liberă şi explorarea experienţei bolii prin prisma pacientului, dirijaţi discuţia în vederea aprofundării acelor componente ale istoricului care par a fi esenţiale. Ca medic, ţine de datoria voastră să clarificaţi caracteristicile fiecărui simptom, incluzând contextul apariţiei, elementele asociate şi datele de cronologie. Pentru durere şi pentru multe alte simptome, înţelegerea acestor caracteristici esenţiale, enunţate mai jos sub forma celor şapte atribute cheie ale unui simptom, prezintă o importanţă deosebită.

Cele şapte atribute ale unui simptom pot fi reţinute cu ajutorul a două acronime:

- **DLDCAIT** - **d**ebut, **l**ocalizare, **d**urată, **c**aracter, factori **a**gravanţi/ de ameliorare, **i**radiere, caracteristici **t**emporale
- **DPCIST** - **d**ebut, factori **p**aleativi/ de **p**rovocare, **c**alitate, **i**radiere, **s**ituare, caracteristici **t**emporale

CELE ŞAPTE ATRIBUTE ALE UNUI SIMPTOM

1. ***Localizare.*** Unde apare? Iradiază?
2. ***Caracter.*** Cum este?
3. ***Intensitate sau severitate.*** Cât de rău este? (în cazul durerii, cereţi pacientului să atribuie un număr pe o scală de la 1 la 10).
4. ***Caracteristici temporale.*** Când a apărut (când apare)? Cât durează? Cât de des apare?
5. ***Contextul în care apare.*** Aici sunt incluşi factori de mediu, activităţi personale, reacţii emoţionale sau alte împrejurări care pot contribui la îmbolnăvire.
6. ***Factori care ameliorează sau agravează simptomul.*** Există vreun factor care îmbunătăţeşte sau dimpotrivă, înrăutăţeşte situaţia?
7. ***Manifestări asociate.*** Aţi observat alte modificări care însoţesc apariţia simptomului?

Pe cât posibil, *folosiţi cuvintele pacientului*, asigurându-vă că acesta înţelege sensul spuselor voastre. Deşi folosirea jargonului medical poate fi extrem de tentantă, ea aduce pacientului confuzie şi frustrare. Aveţi grijă cu expresii de felul „a face anamneza" sau „a cere uzualele", care se pot insinua extrem de uşor în vorbirea voastră. În locul acestora, alegeţi fraze explicative simple, de exemplu „Aş vrea să aflu mai multe despre boala dumneavoastră" sau „Aceste analize ne vor ajuta să aflăm ce anume determină boala dumneavoastră".

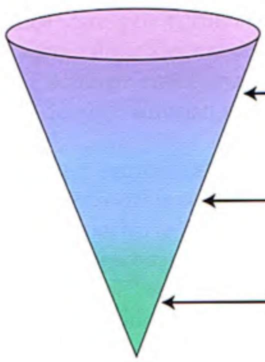
Este important să stabiliţi *momentul apariţiei şi caracteristicile temporale* ale fiecărui simptom al pacientului, pentru a realiza evaluări exacte. Încurajaţi relatarea în ordine cronologică prin adresarea unor întrebări de tipul „Şi după aceea?" sau „Ce s-a întâmplat în continuare?" sau „V-aş ruga să începeţi cu primele momente ale bolii, sau cu ultimul moment în care încă vă simţeaţi bine, apoi pas cu pas, să vă apropiaţi de momentul prezent". Pentru a afla detalii specifice, dirijaţi relatarea pacientului folosind diverse întrebări şi tehnici. Adresaţi întrebări concrete pentru a obţine informaţii pe care pacientul încă nu le-a oferit. *În general, anamneza pendulează*

Vezi Tehnicile unei anamneze experimentate şi discutarea întrebărilor cu caracter specific, pag. 69-72.

între întrebările cu final deschis și întrebările cu caracter din ce în ce mai specific, discuția fiind condusă alternativ de către medic și de către pacient.

Formularea și testarea ipotezelor diagnostice. În timp, pe măsură ce învățați cum să receptați problemele pacientului, veți dobândi capacitatea de a emite raționamente clinice. *Veți enunța și veți testa ipoteze diagnostice* cu privire la entitatea patologică cu care vă confruntați. Identificarea atributelor fiecăruia dintre simptomele pacientului și investigarea detaliilor legate de acestea sunt esențiale pentru recunoașterea tiparelor patologice și formularea *diagnosticelor diferențiale.* Pe măsură ce aflați tot mai multe despre tiparele diagnostice și epidemiologice, procesul de recunoaștere a informațiilor care trebuie receptate și căutate devine un automatism.

Unii studenți vizualizează procesul de caracterizare completă a unui simptom cu ajutorul imaginii unui "con":



De exemplu, la pacientul cu tuse, aceste întrebări pot fi găsite în secțiunea destinată aparatului respirator, din cadrul examenului pe aparate și sisteme, pag. 20-21.

Fiecare simptom își are propriul "con", care în foaia de observație se transformă într-un paragraf din cadrul Istoricului bolii actuale.

Întrebările referitoare la diverse simptome sunt de asemenea prezentate în cadrul fiecărui capitol care abordează examenul clinic pe aparate și sisteme. Acesta este unul dintre modurile în care puteți acumula dovezi în favoarea sau în defavoarea diferitelor posibilități diagnostice. Totuși nu lăsați ca acest tip de anchetă să domine anamneza și să anuleze perspectiva pacientului și construirea relației cu acesta.[5]

Vezi de asemenea Capitolul 2, Raționamentul clinic, evaluarea și consemnarea datelor, pag. 25-53.

Crearea unei înțelegeri comune a problemei. În literatura de specialitate recentă se vorbește despre investigarea semnificațiilor mai profunde pe care pacienții le atașează diferitelor simptome, ca factor important în asigurarea serviciilor medicale eficiente. Deși "cele șapte atribute ale unui simptom" îmbogățesc istoricul bolii cu detalii importante, **realizarea distincției afecțiune/boală** vă ajută să înțelegeți gama completă pe care orice anamneză de bună calitate ar trebui să o acopere.[23] Acest model admite perspectivele foarte diferite, dar totuși complementare ale medicului și pacientului. ***Afecțiunea*** constă în explicația pe care *medicul* o aduce pentru simptomele în cauză. Felul în care medicul organizează ceea ce află de la pacient face posibil diagnosticul clinic. ***Boala*** poate fi definită ca fiind felul în care *pacientul* trăiește toate aspectele unei maladii, inclusiv consecințele asupra relațiilor interpersonale, funcționalității și stării de bine. Numeroși factori pot modela această experiență, inclusiv starea anterioară a

sănătății personale sau a membrilor familiei, efectele simptomelor asupra vieții cotidiene, a înfățișării individuale și a modului în care pacientul face față stresului, precum și așteptările sale cu privire la serviciile medicale. Împletirea acestor puncte de vedere constituie fundamentul pentru planificarea evaluării și tratamentului. *Anamneza trebuie să țină seama de ambele perspective asupra realității.*

Chiar și un simptom principal simplu, cum ar fi durerea de gât, poate ilustra aceste perspective divergente. Pacientul poate fi îngrijorat în principal din cauza durerii și a deglutiției dificile, din cauza absențelor de la locul de muncă sau a similarității cu situația unui văr care a fost internat la un moment dat în spital cu amigdalită. În schimb, medicul se concentrează asupra anumitor părți ale istoricului care diferențiază faringita streptococică de alte etiologii, sau asupra unui istoric îndoielnic de alergie la penicilină. Pentru a înțelege așteptările pacientului, medicul trebuie să pătrundă dincolo de atributele simple ale unui simptom. Pentru a afla perspectiva pacientului asupra bolii trebuie adresate întrebări centrate pe pacient, din cele patru domenii enumerate mai jos. Aceste informații sunt esențiale pentru satisfacția pacientului, pentru eficiența actului medical și pentru planul de monitorizare a pacientului.[18,24]

EXPLORAREA PERSPECTIVEI PACIENTULUI

- Sentimentele pacientului, inclusiv teama sau îngrijorarea cu privire la problema sa
- Ideile pacientului despre natura și cauza problemei sale
- Consecințele problemei asupra vieții și Funcționalității pacientului
- Așteptările pacientului legate de boală, de medicul curant sau de serviciile medicale, adesea bazate pe experiențele anterioare, personale sau ale membrilor familiei

Perspectiva pacientului poate fi explorată prin diferite tipuri de întrebări. Pentru a sonda sentimentele pacientului, medicul poate întreba „Ce vă îngrijorează cel mai tare în legătură cu durerea?" sau „Cum ați făcut față problemelor?" Pentru a explora ideile pacientului referitoare la cauza problemei sale, puteți spune „De ce credeți că vă doare stomacul?" sau „Ce remedii ați încercat?" deoarece încercările terapeutice sugerează modele explicative ale patologiei. Unii pacienți se tem că durerea este un simptom al unei boli serioase, și au nevoie de asigurări verbale din partea medicului. Alții ar putea fi mai puțin preocupați de cauza durerii, dorind doar îndepărtarea acesteia. Pentru a evalua consecințele bolii asupra stilului de viață și funcționalității pacientului, mai ales în cazul bolilor cronice, întrebați: „Care sunt lucrurile pe care înainte le puteați face, iar acum nu? Cum v-a influențat durerea de spate (dispneea etc.) capacitatea de muncă? Îndeletnicirile domestice? Activitățile sociale? Rolul de părinte? Relațiile intime? Părerea pe care o aveți despre propria persoană?" Trebuie să aflați la ce se așteaptă pacientul din partea voastră, a medicului și a sistemului medical în general... „Mă bucur că durerea aproape a dispărut, cum anume v-aș putea ajuta eu acum?" Chiar dacă durerea de stomac aproape a dispărut, poate că pacientul are nevoie de o scutire medicală pentru angajatorul său. Investigarea perspectivei pacientului asupra bolii poate fi reținută prin acronimul ***SIFA** – **S**entimente, **I**dei, consecințe asupra **F**uncționalității și **A**șteptări.*

Negocierea unui plan. Aflarea detaliilor despre maladie și conceptualizarea bolii vă oferă atât vouă cât și pacientului ocazia de a realiza un tablou complet și coerent al problemei. Acest tablou multifațetat constituie baza planificării evaluărilor

ulterioare (e.g. examen clinic obiectiv, teste de laborator, consultații) și a negocierii planului terapeutic. De asemenea, joacă un rol important în construirea relației cu pacientul. Abilitățile avansate, cum sunt anamneza motivațională și rolul terapeutic al relației medic-pacient, depășesc obiectivele acestui tratat.

Vezi de asemenea Capitolul 2, Raționamentul clinic, evaluarea și consemnarea datelor, pentru tehnicile specifice de negociere a planului terapeutic.

Planificarea schemei de monitorizare și încheierea întrevederii. Veți constata că uneori nu este ușor să încheiați anamneza. Pacienții au adesea numeroase întrebări și pot avea o atitudine de implicare și autoafirmare atunci când vi se adresează. Anunțați pacientul atunci când se apropie sfârșitul întrevederii, pentru a-i acorda timp să-și formuleze întrebările de final. Asigurați-vă că pacientul înțelege planurile pe care le-ați schițat de comun acord. De exemplu, înainte de a vă strânge documentele sau de a vă ridica în picioare pentru a părăsi camera, puteți spune "Trebuie să ne oprim pentru moment. Aveți vreo întrebare referitoare la cele discutate azi?" În timp ce încheiați întrevederea, puteți recapitula planificarea evaluărilor viitoare, tratamentul și schema de monitorizare. "În concluzie, veți lua medicamentele după cum am stabilit, veți face analizele de sânge înainte de a pleca azi din spital și vă veți programa la o consultație peste patru săptămâni. Aveți vreo nelămurire legată de ceea ce trebuie făcut?" Încercați să rezolvați toate nelămuririle și temerile pacientului legate de întrevedere.

La sfârșitul întrevederii trebuie să-i dați ocazia pacientului să adreseze orice întrebări de final; totuși, ultimele câteva minute nu sunt cel mai potrivit moment pentru a aduce subiecte noi în discuție. Dacă totuși aceasta se întâmplă și problema respectivă nu prezintă risc vital, rezumați-vă la a asigura pacientul de interesul vostru și planificați o întrevedere viitoare în scopul rezolvării problemei respective. "Durerea asta de genunchi poate fi un motiv de îngrijorare. Nu ați vrea să stabilim de acum o întâlnire pentru săptămâna viitoare, pentru a discuta despre ea?" Pacientul va aprecia întotdeauna acest gest de reafirmare a angajamentului în vederea ameliorării sănătății sale.

DEZVOLTAREA UNEI RELAȚII CU PACIENTUL: TEHNICILE UNEI ANAMNEZE EXPERIMENTATE

Construirea relației medic-pacient. Probabil că ați avut mai multe motive pentru a vă dedica domeniului medical, însă, fără îndoială, unul dintre ele a fost dorința de a le fi de ajutor celorlalți. Pentru a vă îndeplini acest obiectiv nobil, trebuie să vă mențineți motivația pe parcursul unei pregătiri riguroase, transformând obiectivul într-un set de abordări comportamentale ale relației cu pacienții.

Paradigma care înglobează relația medic-pacient în procesul terapeutic cunoaște în prezent mai multe denumiri și modele, cum ar fi, printre altele, modelul biopsihosocial și îngrijirea centrată pe pacient.[5,18,26,27] Compararea acestor modele variate relevă anumite elemente comune, care includ interesul pentru pacient ca întreg, o abordare bazată pe creșterea rolului activ al pacientului și transferul de putere către acesta, și implicarea medicului la nivel emoțional și reflexiv.[28] În prezent există lucrări de specialitate bine documentate care arată că îngrijirea

pacientului care ţine cont de aceste principii este nu doar mai satisfăcătoare pentru pacient şi pentru medic, ci şi mai eficientă din punct de vedere al obţinerii rezultatelor.[8,29]

Această secţiune descrie aptitudinile care constituie instrumentele de bază în realizarea anamnezei. Unele dintre aceste obiceiuri sunt pur şi simplu tehnici pe care le puteţi aplica prompt în practică. Vă veţi folosi de aceste abilităţi pentru a îndeplini mai eficient sarcinile descrise anterior în cadrul secţiunii Etapele anamnezei (vezi pag. 61). Trebuie să exersaţi folosirea acestor tehnici, timp în care este esenţial să fiţi observat sau înregistrat, pentru a primi un feedback referitor la progresele efectuate. Câteva dintre aceste abilităţi esenţiale sunt enumerate mai jos, fiind apoi descrise în detaliu. Alegeţi una sau două dintre ele, şi apoi includeţi-le în următoarea anamneză pe care o veţi face. După aceea, întoarceţi-vă la acest capitol pentru a vă îmbogăţi repertoriul de aptitudini.

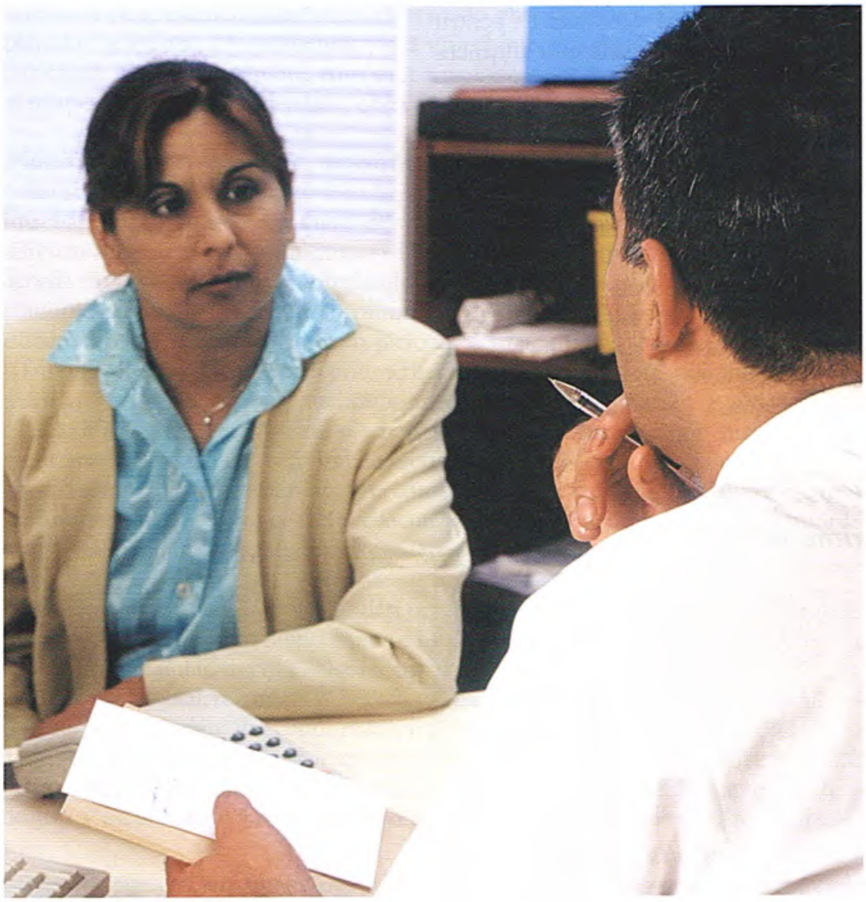
Tehnicile unei anamneze experimentate

- Ascultarea activă
- Anamneza ghidată
- Comunicarea de natură non-verbală
- Comportamentul empatic
- Validarea
- Liniştirea
- Instituirea unui parteneriat
- Rezumarea
- Trecerile de la un subiect la altul
- Transferul de putere către pacient

Ascultarea activă. La baza diferitelor tehnici stă *ascultarea activă*. Aceasta este un proces prin care medicul participă îndeaproape la tot ceea ce pacientul are de comunicat, este conştient de starea emoţională a pacientului şi se foloseşte de abilităţi verbale şi non-verbale pentru a-şi încuraja interlocutorul să continue şi să dezvolte ceea ce are de spus. Ascultarea activă vă permite să înţelegeţi exact, pe mai multe niveluri, experienţa pacientului,[30] fiind un proces care necesită exerciţiu. Este uşor să deviezi de la firul discuţiei atunci când te gândeşti deja la următoarea întrebare sau la diagnosticul diferenţial, dar concentrarea şi ascultarea sunt benefice atât pentru medic cât şi pentru pacient.

Anamneza ghidată: opţiuni utile pentru dezvoltarea şi clarificarea relatării pacientului. Există mai multe modalităţi prin care puteţi cere pacientului informaţii suplimentare fără a interfera cu fluxul normal al relatării acestuia. Scopul vostru este să uşuraţi comunicarea cu pacientul. Deprinderea tehnicilor specifice descrise mai jos vă permite să încurajaţi confesiunea pacientului,

- Trecerea de la întrebări cu final deschis la întrebări specifice
- Utilizarea întrebărilor care necesită un răspuns ce include calificative
- Adresarea pe rând a întrebărilor
- Oferirea de variante multiple de răspuns
- Clarificarea înţelesului afirmaţiilor pacientului
- Formule de continuare în scopul încurajării pacientului
- Repetarea afirmaţiilor pacientului (tehnica ecoului)



reducând totodată la minim riscul de deformare a ideilor sale sau de pierdere a unor detalii importante. În acest fel, evitaţi adresarea unei serii de întrebări specifice, proces care durează mai mult şi implică un grad mai mare de pasivitate a pacientului.

Trecerea de la întrebări cu final deschis la întrebări specifice. Anamneza ar trebui să evolueze de la subiecte cu caracter general către cele cu caracter specific. Amintiţi-vă imaginea "conului", cu bază largă în partea superioară şi devenind tot mai îngust spre vârf pe măsură ce creşte specificitatea. Începeţi cu întrebări generale, de exemplu "Cum v-aş putea ajuta?" şi continuaţi cu întrebări mai specifice, dar tot cu final deschis de tipul "Povestiţi-mi mai multe despre experienţa dumneavoastră cu acest medicament". Apoi adresaţi întrebări închise, de exemplu "Noul medicament v-a cauzat vreo neplăcere?" Începeţi cu o întrebare deschisă reală, care nu include nici un potenţial răspuns. O secvenţă posibilă este redată mai jos:

"Povestiţi-mi despre durerea din piept." (Pauză)

"Ce altceva simţiţi?" (Pauză)

"Unde aţi simţit-o?" (Pauză) "Arătaţi-mi."

"Şi în vreo altă parte?" (Pauză) "Durerea se ducea în vreo parte?" (Pauză) "Către care braţ?"

Evitaţi *întrebările care sugerează răspunsul*, prin includerea răspunsului în textul întrebării sau prin sugerarea a ceea ce aţi dori să auziţi: "S-a mai ameliorat durerea?" sau "Nu aveţi sânge în scaun, nu-i aşa?" Dacă întrebaţi "Simţiţi durerea ca pe o presiune?" şi răspunsul pacientului este "da", formularea voastră se va regăsi în cuvintele pacientului. Adoptaţi varianta mai neutră "Descrieţi, vă rog, durerea".

Utilizarea întrebărilor care necesită un răspuns ce include calificative. La nevoie, adresaţi întrebări care necesită *acordarea unui calificativ* de către pacient, mai degrabă decât un răspuns simplu. "Câte trepte puteţi urca până când începeţi să respiraţi greu?" este o întrebare mai potrivită decât "Respiraţi mai greu la urcatul scărilor?"

Adresarea pe rând a întrebărilor. *Adresaţi întrebările pe rând.* "Aţi suferit cumva de tuberculoză, pleurezie, astm, bronşită, pneumonie?" poate duce la obţinerea unui răspuns negativ datorat confuziei. Încercaţi "Suferiţi de vreuna din următoarele boli?" Nu uitaţi să lăsaţi pauze între afecţiunile enumerate şi să stabiliţi contact vizual cu pacientul de fiecare dată când enunţaţi câte una dintre acestea.

Oferirea de variante multiple de răspuns. Uneori pacienţii sunt incapabili să descrie simptomele fără nici un ajutor. Pentru a reduce cât mai mult influenţarea lor, *oferiţi-le variante multiple de răspuns.* "Care din următoarele cuvinte descrie cel mai bine durerea pe care o simţiţi: chinuitoare, ascuţită, ca o apăsare, ca o arsură, ca o înţepătură, acută şi bruscă sau de alt tip?" Aproape orice întrebare specifică poate fi însoţită de cel puţin două răspunsuri posibile. "Atunci când tuşiţi, expectoraţi ceva sau tusea este uscată?"

Clarificarea înţelesului afirmaţiilor pacientului. Uneori pacienţii folosesc cuvinte cu caracter ambiguu sau realizează asocieri echivoce. Pentru a le înţelege, trebuie *să solicitaţi clarificarea* lor, de exemplu prin fraza "Spuneţi-mi ce înţelegeţi exact prin 'gripă' " sau "Aţi afirmat că vă comportaţi exact ca mama dumneavoastră. Ce aţi vrut să spuneţi?"

Formule de continuare în scopul încurajării pacientului. Prin intermediul poziţiei, gesturilor sau cuvintelor puteţi încuraja pacientul să vă spună mai multe, fără a preciza exact la ce vă referiţi. Puteţi puncta o pauză prin clătinarea aprobatoare din cap sau menţinerea tăcerii în timp ce păstraţi o atitudine relaxată şi implicată, ceea ce constituie un *indiciu pentru pacient* care îi sugerează că *poate continua relatarea.* Vă puteţi apleca uşor înainte, puteţi realiza contact vizual direct şi folosi formule ca "Aşa...", "Continuaţi", sau "Vă ascult", toate aceste elemente având rolul de a întreţine fluxul relatării pacientului.

Repetarea afirmaţiilor pacientului (tehnica ecoului). Simpla repetare a ultimelor cuvinte ale pacientului, sau *tehnica ecoului*, îl încurajează pe acesta să relateze atât detalii faptice cât şi sentimente, ca în exemplul următor:

Pacientul: "Durerea s-a înrăutăţit şi a început să cuprindă şi alte zone". (Pauză)

Răspuns: "Şi alte zone?" (Pauză)

Pacientul: "Da, durerea s-a dus în umăr, şi de acolo mai jos, în braţul stâng, până la nivelul degetelor. Mă durea atât de rău încât am crezut că voi muri." (Pauză)

Răspuns: "Că veţi muri?"

Pacientul: "Da, era exact ca durerea pe care a avut-o tata când a făcut infarct, şi mi-a fost teamă că voi păţi acelaşi lucru".

Această tehnică de reflectare a cuvintelor pacientului a contribuit nu numai la aflarea localizării şi severităţii durerii, ci şi la descoperirea semnificaţiei durerii pentru pacient, fără a-l influenţa în relatarea sa şi fără a-i întrerupe fluxul gândirii.

Comunicarea non-verbală. Aceasta este un tip de comunicare cu caracter continuu, care oferă indicii importante cu privire la sentimente şi emoţii. Creşterea sensibilităţii la mesajele non-verbale vă permite atât să "citiţi" pacientul mai eficient cât şi să transmiteţi propriile mesaje. Acordaţi o atenţie sporită contactului vizual, expresiei faciale, posturii, poziţiei şi mişcărilor capului, distanţei interpersonale şi poziţiei mâinilor şi picioarelor – încrucişate, în poziţie neutră sau deschisă. Ţineţi cont de faptul că anumite elemente ale limbajului non-verbal sunt universale, iar altele sunt condiţionate cultural.

Felul în care postura voastră o reflectă pe cea a pacientului poate semnifica atât un sentiment mai puternic de implicare a pacientului, cât şi intensificarea procesului de comunicare. De asemenea, puteţi reproduce elementele *paraverbale* ale pacientului, atributele discursului acestuia, de exemplu ritmul, tonalitatea şi volumul, în scopul potenţării procesului de comunicare. Vă puteţi manifesta empatia prin apropierea de pacient, atingerea lui, de exemplu vă plasaţi mâna pe braţul pacientului, toate acestea fiind gesturi care ajută pacientul să îşi controleze sentimente greu de stăpânit. Aducerea în plan conştient a elementelor comunicării non-verbale este primul pas către utilizarea acestui tip esenţial de interacţiune cu pacientul.

Comportamentul empatic. Manifestarea empatiei întăreşte considerabil relaţia cu pacientul. În timp ce vorbiţi cu pacienţii, ei pot exprima – cu sau fără ajutorul cuvintelor – sentimente pe care deja le-au conştientizat sau nu. Aceste sentimente sunt esenţiale pentru înţelegerea maladiilor de care suferă şi pentru stabilirea unei relaţii bazate pe încredere. *Pentru a manifesta empatie, trebuie mai întâi să identificaţi sentimentele pacientului.* Implicit înseamnă să fiţi interesat şi să aveţi disponibilitate pentru examinarea conţinutului emoţional. La început puteţi avea o senzaţie stranie şi de disconfort. Atunci când percepeţi sentimente importante, dar neexprimate, ale pacientului, prin observarea expresiei faciale, vocii, cuvintelor sau comportamentului acestuia, este mai bine să întrebaţi despre ele decât să presupuneţi că ştiţi despre ce este vorba. Puteţi întreba pur şi simplu "Cum v-aţi simţit atunci?" Dacă nu arătaţi pacienţilor că sunteţi interesat atât de fapte cât şi de sentimente, aţi putea rata indicii importante.

Odată ce aţi identificat sentimentele, răspundeţi cu înţelegere şi toleranţă. Răspunsurile pot fi simple, de exemplu "Înţeleg", "Ceea ce îmi spuneţi pare supărător", sau "Îmi păreţi trist". Empatia poate fi la rândul ei non-verbală – de exemplu gestul de a-i oferi un şerveţel unui pacient care plânge sau de a-i atinge uşor braţul cu mâna. Pentru ca un răspuns să poată fi numit empatic, acesta trebuie să reflecte o înţelegere exactă a sentimentelor pacientului. Dacă răspunsul vostru susţine tristeţea pe care pacientul trebuie să o fi resimţit la moartea unui părinte, când de fapt decesul în cauză a eliminat o povară

emoţională şi financiară îndelungată, înseamnă că aţi interpretat greşit situaţia. În loc să emiteţi supoziţii, puteţi întreba direct pacientul care a fost răspunsul său emoţional. "Îmi pare rău să aud că tatăl dumneavoastră a decedat. Cum v-aţi simţit atunci?"

Validarea. Un alt mod important prin care pacientul se poate simţi susţinut este recunoaşterea legitimităţii experienţei sale emoţionale. Un pacient care a fost implicat într-un accident rutier, fără a suferi însă leziuni fizice, poate totuşi să manifeste un grad semnificativ de stres. Puteţi linişti pacientul cu afirmaţii de genul "Trebuie să fi tras o sperietură teribilă. Accidentele de maşină sunt întotdeauna tulburătoare, deoarece ne reamintesc că suntem vulnerabili şi muritori. Aşa se explică de ce sunteţi încă supărat". În acest mod îl ajutaţi pe pacient să conştientizeze faptul că astfel de emoţii sunt legitime şi de înţeles.

Liniştirea. Atunci când discutaţi cu pacienţi anxioşi sau trişti, puteţi fi tentaţi să îi liniştiţi spunându-le "Nu vă faceţi griji. Totul va fi bine". Deşi această atitudine poate fi potrivită în cadrul relaţiilor informale, în calitate de medic astfel de comentarii sunt de obicei contraproductive. Puteţi cădea în capcana de a linişti pacientul în legătură cu o sursă de îngrijorare greşită. Mai mult, asigurările precoce pot bloca dezvăluirile ulterioare, mai ales dacă pacientul are impresia că medicul resimte disconfort în faţa anxietăţii sau nu a evaluat corect intensitatea stresului încercat de pacient. Astfel de dezvăluiri cer încurajarea continuării relatării, nu trecerea sub tăcere.

Primul pas către un proces adecvat de liniştire a pacientului constă în identificarea şi recunoaşterea sentimentelor pacientului. În acest mod se creează sentimentul unei legături. Adevărata liniştire urmează mai târziu, după încheierea anamnezei, examenului fizic şi eventual după efectuarea unor analize de laborator. În acel moment, îi puteţi explica pacientului pe înţelesul său ce credeţi că se întâmplă cu el, ocupându-vă de temerile exprimate. Procesul de liniştire înseamnă transmiterea de informaţii într-o manieră competentă, astfel încât pacientul să fie convins că problemele sale au fost înţelese şi medicul va căuta să le rezolve.

Instituirea unui parteneriat. Pe parcursul construirii relaţiei cu pacientul, nu uitaţi să vă exprimaţi dorinţa de a lucra cu el într-o manieră dinamică. Atunci când discutaţi despre un diagnostic sau exprimaţi incertitudine cu privire la modul se explică simptomatologia, este liniştitor să adăugaţi că, indiferent de cum evoluează boala, sunteţi devotat parteneriatului deja stabilit. Chiar şi în calitate de student, mai ales în condiţii de spital, acest sprijin poate schimba situaţia în bine.

Rezumarea. Recapitularea în rezumat a relatării pacientului în timpul anamnezei are mai multe funcţii. Îi arată pacientului că l-aţi ascultat cu atenţie. Identifică elementele pe care le cunoaşteţi şi cele pe care nu le cunoaşteţi. "Şi acum, vreau să fiu sigur că am înţeles exact ce mi-aţi spus. Aţi spus că tuşiţi de 3 zile, că este mai rău noaptea şi că aţi început să expectoraţi o flegmă gălbuie. Nu aţi avut febră sau senzaţia că nu puteţi respira, însă vă simţiti congestionat şi respiraţi greu pe nas". Punctaţi cu o pauză sau continuaţi întrebând "Ar mai fi ceva de adăugat?", ceea ce permite pacientului să adauge alte informaţii sau să corecteze orice neînţelegere.

Puteţi folosi rezumarea în diferite momente ale anamnezei, în special în momentele de trecere de la un subiect la altul (vezi mai jos). Această tehnică permite clinicianului să structureze raţionamentul clinic şi să transmită ideile sale pacientului, colaborarea devenind astfel mai strânsă. *De asemenea, această tehnică este utilă pentru începători, atunci când întocmesc un plan al anamnezei care urmează a fi realizată.*

Trecerile de la un subiect la altul. Pacienţii se simt adeseori vulnerabili în timpul consultaţiei medicale. Pentru a îi ajuta să se simtă în largul lor, anunţaţi-i atunci când urmează să schimbaţi subiectul aflat în discuţie. În acelaşi fel în care semnele clare de circulaţie de pe autostradă conferă senzaţie de siguranţă, acest mod de a semnala intenţia medicului oferă pacientului sentimentul de control mai mare. Când treceţi de la o parte a anamnezei la alta, sau când faceţi trecerea către examenul fizic, informaţi pacientul cu ajutorul unor fraze de scurte de trecere, de exemplu "În continuare aş vrea să vă pun câteva întrebări despre starea dumneavoastră de sănătate din trecut". Explicaţi clar ce aşteptaţi de la pacient în continuare. "Înainte să ne apucăm de revăzut toată medicaţia pe care o luaţi, mai sunt detalii de adăugat cu privire la starea dumneavoastră de sănătate din trecut?" "Acum aş vrea să vă consult. Voi ieşi pentru câteva minute. Vă rog să vă dezbrăcaţi şi să vă puneţi acest halat." Precizarea faptului că halatul se încheie la spate protejează intimitatea pacientului şi creşte gradul de confort al examinatorului.

Transferul de putere către pacient. Relaţia medic-pacient este, în sine, o relaţie de putere inegală. Sentimentele date de lipsa de experienţă ca student se transformă în timp în încredere în propriile cunoştinţe, abilităţi şi în autoritatea de medic. Însă pacienţii au multe motive pentru a se simţi vulnerabili. Unii pot avea dureri, sau pot fi îngrijoraţi de anumite simptome. Alţii nu sunt familiarizaţi cu serviciile medicale sau se simt copleşiţi de accesarea lor, acţiuni care pentru voi sunt intrate în rutină. Deosebirile de sex, etnie sau rasă pot de asemenea contribui la inegalităţile de putere. Totuşi, în final pacienţii sunt responsabili de propria sănătate şi îngrijire.[31] Pacienţii care au încredere în propria persoană şi înţeleg recomandările primite sunt cei cu cea mai mare probabilitate de a adera la sfaturile voastre, de a opera modificările necesare în stilul de viaţă sau de a lua medicamentele conform indicaţiilor.

În continuare sunt enunţate principiile de partajare a puterii cu pacienţii. Deşi multe dintre ele au fost discutate în alte secţiuni ale acestui capitol, necesitatea de a întări responsabilitatea pacienţilor faţă de propria sănătate este un obiectiv atât de fundamental încât merită rezumat aici.

TRANSFERUL DE PUTERE CĂTRE PACIENT: PRINCIPIILE PARTAJĂRII PUTERII

- Evocaţi perspectiva pacientului.
- Transmiteţi interes pentru persoană, nu numai pentru problemă.
- Urmaţi căile alese de pacient.
- Obţineţi şi validaţi conţinutul emoţional.
- Comunicaţi pacientului informaţiile deţinute, mai ales în momentele de trecere de la un subiect la altul, în timpul vizitei medicale.
- Conferiţi transparenţă procesului de formulare a raţionamentului clinic.
- Dezvăluiţi limitele cunoaşterii voastre.

ADAPTAREA ANAMNEZEI LA SITUAȚII SPECIFICE

Intervievarea pacientului în cadrul anamnezei poate precipita anumite comportamente sau situații confuze sau chiar enervante. Capacitatea cu care veți face față acestor situații va evolua de-a lungul carierei. *Amintiți-vă întotdeauna cât de important este să ascultați pacientul și să îl ajutați să își clarifice temerile.*

Pacientul tăcut. Medicii aflați la început de carieră se simt adesea neconfortabil atunci când în timpul discuției survin momente de tăcere și se simt obligați să continue conversația. Tăcerea are însă numeroase semnificații și scopuri. De obicei, pacienții devin tăcuți pentru câteva momente deoarece au nevoie să își adune gândurile, să își amintească anumite detalii, sau să decidă dacă se pot încrede în voi cu anumite informații. În general, perioadele acestea de tăcere par mai lungi clinicianului decât pacientului. Medicul trebuie să își mențină atenția și să ofere scurte încurajări în vederea continuării conversației la momentul propice. În timpul perioadelor de tăcere observați îndeaproape pacientul și identificați semnele non-verbale, de exemplu dificultatea cu care își stăpânește emoțiile.

Pacienții care suferă de depresie sau demență își pot pierde spontaneitatea în exprimare, oferind răspunsuri scurte la întrebări și cufundându-se apoi în tăcere. Dacă deja ați încercat să dirijați discuția către explorarea evenimentelor recente sau a unei zile tipice din viața lor, puteți schimba abordarea: deviați întrebările către simptomele de depresie sau începeți examinarea stării mentale.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul și starea de sănătate mentală, pag. 135-162.

Uneori, tăcerea poate fi răspunsul pacientului la felul în care puneți întrebările. Adresați prea multe întrebări cu răspunsuri scurte, într-o succesiune prea rapidă? Ați ofensat pacientul în vreun fel, arătând dezaprobare sau atitudine critică? Nu ați reușit să recunoașteți un simptom copleșitor, de exemplu durerea, greața sau dispneea? Dacă este așa, puteți întreba pacientul direct "Păreți foarte tăcut. V-am supărat în vreun fel?"

Pacientul dificil de urmărit. Unii pacienți se prezintă cu o *gamă largă de simptome* dintre cele mai variate care creează un tablou confuz. Aceștia par să aibă fiecare simptom despre care îi întrebați, adică "un examen pe aparate și sisteme pozitiv". În cazul acestor pacienți, concentrați-vă pe semnificația sau funcția simptomului, accentuând perspectiva pacientului (vezi pag. 67) și ghidați anamneza în direcția unei evaluări psihosociale. Nu este avantajos să explorați fiecare simptom în parte. Deși pacientul poate avea mai multe boli, poate fi vorba de o tulburare de somatizare.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul și starea de sănătate mentală, Simptome neexplicate medical, pag. 136-137, și Planșa 5-1, Tulburări somatoforme: tipuri și modul de abordare a simptomelor, pag. 158-159.

Alteori, s-ar putea să vă simțiți încurcat, frustrat și confuz deoarece nu reușiți să înțelegeți relatarea pacientului. Aceasta este vagă și dificil de înțeles, fără mare legătură între idei, iar limbajul folosit este dificil de urmărit. Deși formulați întrebările cu atenție, se pare că nu reușiți să obțineți răspunsuri limpezi de la pacient. De asemenea, felul lui de a interacționa cu medicul pare straniu, distant, rezervat sau inadecvat. Unii pacienți descriu simptomele cu ajutorul unor formulări ciudate: "Unghiile mele sunt prea grele" sau "Simt cum mi se încolăcește stomacul, ca un șarpe". Poate fi vorba de o tulburare a stării mentale, ca psihoza sau delirul, de o afecțiune psihică precum schizofrenia, sau de o tulburare neurologică.

Delirul trebuie suspectat la pacienții cu intoxicații sau afecțiuni acute, iar demența trebuie luată în calcul la vârstnici. Astfel de pacienți oferă informații contradictorii și nu pot furniza date cronologice exacte cu privire la ce s-a întâmplat. În unele cazuri se poate asocia confabulația, prin care pacienții umplu golurile de memorie.

Vezi Planșa 20-2, Delirul și demența, pag. 931.

Atunci când vă gândiți la posibilitatea unei tulburări psihiatrice sau a unei afecțiuni neurologice, nu pierdeți prea mult timp pentru a efectua un istoric detaliat. Nu veți acumula decât oboseală și frustrare, atât ale voastre, cât și ale pacientului. Deviați anamneza către examinarea stării mentale, cu accent pe starea de conștiență, orientarea, memoria și capacitatea de a înțelege a pacientului. Puteți începe cu întrebări mai ușoare, de exemplu „Când ați fost consultat ultima oară în clinică? Să vedem... asta era cam acum cât timp?" „Adresa dumneavoastră actuală este...? ... și numărul dumneavoastră de telefon?" Puteți verifica răspunsurile cu ajutorul fișei personale sau puteți cere permisiunea de a vorbi cu membri ai familiei sau prieteni pentru a afla care este punctul lor de vedere.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul și starea de sănătate mentală, Examinarea stării psihice, pag. 145-154.

Pacientul cu capacități alterate. Unii pacienți nu pot furniza date referitoare la propriul istoric medical din cauza delirului cauzat de boală, a demenței sau a altor tulburări somatice sau psihice. Alții sunt incapabili de a relata anumite părți ale istoricului, de exemplu evenimente legate de o afecțiune febrilă sau convulsivă. În astfel de situații, trebuie să vedeți dacă pacientul are *"discernământ"*, sau *capacitatea* de a înțelege informațiile referitoare la starea de sănătate, de a face alegeri medicale bazate pe rațiune și un set solid de valori, și de a manifesta preferințe în ceea ce privește tratamentul. Termenul "*capacitate*" este preferat celui de *"competență"*, care este un termen legal. Nu aveți nevoie de consult psihiatric pentru a evalua capacitatea, cu excepția cazului în care o afecțiune psihiatrică afectează abilitatea pacientului de a lua decizii. În multe afecțiuni psihiatrice, sau chiar tulburări cognitive, abilitatea de a lua decizii rămâne intactă.

În cazurile în care se constată menținerea capacității descrise, trebuie obținut consimțământul pacientului înainte de a discuta cu terți despre starea lor de sănătate. Chiar dacă pacienții pot comunica doar prin mimică sau prin gestică, sunteți obligat să păstrați confidențialitatea și să îi implicați în procesul terapeutic. Asigurați pacienții că orice informație dezvăluită este confidențială și stabiliți împreună ceea ce puteți discuta cu ceilalți. Cunoștințele voastre despre pacient pot fi destul de cuprinzătoare, dar, cu toate acestea, alte persoane pot furniza informații surprinzătoare și importante. Un soț sau o soție, de exemplu, poate dezvălui prezența unui stres important în familie, a simptomelor de depresie, sau a obiceiurilor legate de consumul băuturilor alcoolice, pe care pacientul le-a negat. Puteți împărți anamneza în două componente – una destinată discuției cu pacientul, iar cealaltă discuției cu pacientul și cu un aparținător. Fiecare conversație are valoarea sa. Informațiile provenite din alte surse vă pot ajuta în planificarea îngrijirii pacientului, însă trebuie să rămână confidențiale. Țineți cont de *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* adoptat în Congresul SUA în 1996, în cadrul căruia sunt stabilite reguli stricte cu privire la dezvăluirea de informații legate de pacient, atât pentru instituții cât și pentru alte tipuri de furnizori ai serviciilor medicale.[32]

Atunci când capacitatea este afectată, va trebui să găsiți o *sursă alternativă de informație sau o persoană care poate lua decizii în locul pacientului*. Verificați dacă există *o procură sau un alt tip de document legal prin care este împuternicită o anumită persoană să ia decizii medicale atunci când pacientul se află în incapacitatea de a face acest lucru*. Dacă nu există, în multe cazuri, soțul/ soția sau un membru al familiei pot reprezenta pacientul.

Aplicaţi principiile fundamentale ale anamnezei atunci când vorbiţi cu rudele sau prietenii pacientului. Găsiţi un loc retras unde puteţi discuta în linişte. Prezentaţi-vă, comunicaţi-vă intenţiile, puneţi întrebări cu privire la starea lor în împrejurările respective şi exprimaţi înţelegere pentru temerile lor. În timp ce ascultaţi versiunea lor, evaluaţi calitatea relaţiei lor cu pacientul, deoarece aceasta le poate influenţa credibilitatea. Stabiliţi cât de bine cunosc pacientul. De exemplu, atunci când un copil este adus la spital, adultul care l-a adus nu este neapărat tutorele acestuia sau o rudă, ci poate fi doar cineva care s-a aflat în apropierea lui în momentul apariţiei problemei. Întotdeauna căutaţi sursa cea mai bine informată. Uneori, o rudă sau un prieten insistă să însoţească pacientul în timpul consultaţiei. Încercaţi să aflaţi de ce şi evaluaţi dorinţele pacientului legate de situaţie.

Pacientul logoreic. Interacţiunea cu un pacient vorbăreţ şi incoerent poate fi la fel de dificilă ca şi în cazul unuia tăcut sau confuz. Presat de timpul limitat pe care îl aveţi la dispoziţie şi de nevoia de a "afla toată povestea", s-ar putea să deveniţi nerăbdător, sau chiar exasperat. Deşi nu există o soluţie ideală pentru această problemă, există mai multe tehnici utile. Daţi-i pacientului mână liberă în primele 5-10 minute, ascultându-l cu atenţie. Poate că are pur şi simplu nevoie de un bun ascultător şi verbalizează temeri reprimate, sau poate că stilul pacientului este cel de povestitor. Pare a fi obsedat de detalii? Este anxios în mod nejustificat sau neliniştit? Există fugă de idei sau simptome ale gândirii dezorganizate care sugerează o tulburare cognitivă? Dar confabulaţie?

Concentraţi-vă pe aspectul care pare a prezenta importanţă maximă pentru pacient. Arătaţi-vă interesul punând întrebări legate de aspectul respectiv. Întrerupeţi pacientul numai dacă este nevoie, dar cu tact. Învăţaţi să stabiliţi limite la nevoie. Nu uitaţi că organizarea anamnezei face parte din îndatoririle voastre, scopul fiind obţinerea de informaţii esenţiale referitoare la sănătatea pacientului. Un scurt rezumat vă poate ajuta să schimbaţi subiectul, validând totodată temerile pacientului. "Vreau să fiu sigur că am înţeles. Aţi relatat mai multe probleme. Printre ele aţi descris două tipuri de durere, una situată pe partea stângă, care iradiază la nivelul coapsei şi a apărut de curând, şi alta în abdomenul superior, care apare după ce mâncaţi şi pe care o aveţi de mai multe luni. Să ne concentrăm mai întâi asupra durerii din partea stângă. Aţi putea să o descrieţi?"

Vezi secţiunea Rezumare, pag. 73.

În plus, nu vă arătaţi nerăbdător. Dacă intervalul de timp disponibil se apropie de sfârşit, explicaţi-i pacientului că va fi nevoie şi de o a doua întâlnire. Stabilirea unei limite de timp pentru următoarea întâlnire se poate dovedi utilă. "Ştiu că mai avem multe de discutat. Puteţi reveni săptămâna viitoare? Atunci vom avea o oră întreagă la dispoziţie."

Pacientul care plânge. Plânsul semnalează emoţii puternice, variind de la tristeţe până la furie şi frustrare. Dacă pacientul este pe punctul de a izbucni în lacrimi, atunci acordarea unei pauze, o atingere uşoară sau un răspuns empatic din partea medicului sunt semne tacite care îngăduie pacientului să plângă. De obicei plânsul are rol terapeutic, ca şi acceptarea tacită manifestată de medic. Oferiţi pacientului un şerveţel şi aşteptaţi să îşi revină. Faceţi o remarcă încurajatoare, de exemplu "Mă bucur că aţi reuşit să vă exprimaţi sentimentele". Majoritatea pacienţilor îşi revin în scurt timp şi reiau relatarea. Cu excepţia unei pierderi recente sau a doliului, de obicei plânsul nu se agravează, devenind incontrolabil.

Deseori, plânsul generează un sentiment de disconfort pentru celelalte persoane. Dacă vă număraţi printre ele, trebuie să învăţaţi cum să acceptaţi manifestările

emoționale, astfel încât în calitate de clinician să vă puteți susține pacienții în momentele dificile.

Pacientul furios sau cu comportament distructiv. Mulți pacienți au motive reale pentru a fi furioși: sunt bolnavi, au suferit o pierdere, le lipsește gradul de control asupra propriei vieți cu care erau obișnuiți și se simt neajutorați în contact cu sistemul de sănătate.[33] Ei pot direcționa această furie înspre voi. Este posibil ca această ostilitate față de voi să fie justificată... ați întârziat la întâlnire, v-ați arătat insensibil, nepoliticos sau furios? Dacă da, acceptați acest lucru și încercați să reparați greșeala. Totuși, mai frecvent, pacienții direcționează furia asupra clinicianului ca o reflectare a propriilor sentimente de frustrare sau durere.

Acceptați furia pacienților. Permiteți-le să își exprime astfel de emoții fără a vă enerva la rândul vostru. Evitați să fraternizați cu acești pacienți atunci când își manifestă furia cu privire la un alt medic, o clinică, un spital, chiar dacă în sinea voastră simpatizați cu ei. Le puteți valida sentimentele fără a le aproba motivațiile. "Înțeleg că sunteți foarte supărat din cauză că a trebuit să așteptați atât de mult și să răspundeți la aceleași întrebări, iar și iar. Sistemul nostru de sănătate este complex și poate părea că nu vă ajută atunci când nu vă simțiți bine." După ce pacientul s-a calmat, ajutați-l să găsească moduri prin care astfel de situații să poată fi prevenite în viitor. Aplicarea de soluții raționale în problemele emoționale nu este întotdeauna posibilă, însă oamenii trebuie să își manifeste și să își gestioneze sentimentele de supărare și furie.

Uneori pacienții furioși au un comportament distrugător vădit. Pacienții furioși, agresivi sau scăpați de sub control pot deranja și pot crea foarte rapid probleme în secția de primiri urgențe. Înainte de a aborda astfel de pacienți, anunțati personalul însărcinat cu securitatea spitalului – căci una dintre îndatoririle medicului este de a menține un mediu sigur. Păstrați o aparență calmă, care sugerează acceptare și evitați implicarea într-un conflict cu pacientul. Mențineți o postură relaxată, care să nu sugereze amenințare, cu mâinile larg deschise. Inițial nu încercați să convingeți pacienții furioși să coboare vocea sau să se oprească dacă se ceartă cu personalul medical. Ascultați cu atenție. Încercați să înțelegeți ce spun. Odată ce ați făcut acești pași, sugerați cu blândețe deplasarea către o zonă mai retrasă, pentru a deranja cât mai puțin.

Anamneza în condițiile unei bariere lingvistice. Nimic nu vă va convinge mai puternic de importanța istoricului decât imposibilitatea de a vorbi cu pacientul, o situație tot mai frecventă. Mai mult de 46 milioane de oameni din Statele Unite nu vorbesc engleza ca prima limbă, iar stăpânirea limbii engleze pentru aproximativ 21 de milioane este sub nivelul fluent.[34] Aceștia au o probabilitate mai mică de a beneficia în mod regulat de îngrijire medicală primară sau profilactică și o probabilitate mai mare de a raporta probleme legate de îngrijirea medicală, sau chiar erori medicale. Colaborarea cu interpreți calificați este nu numai eficientă din punct de vedere al costurilor ci și importantă pentru acordarea de servicii medicale optime.[34-36]

Dacă pacientul vorbește într-o altă limbă, faceți tot posibilul pentru a găsi un interpret. Câteva cuvinte și gesturi disparate nu constituie un substitut al istoricului complet. Interpretul ideal este o persoană neutră, familiarizată atât cu ambele limbi, cât și cu specificul cultural. Recrutarea membrilor familiei sau prietenilor pentru rolul de interpret poate fi un act riscant – confidențialitatea poate fi încălcată, sensurile pot fi distorsionate, iar informația transmisă poate fi incompletă. Interpreții de ocazie vor încerca să scurteze anamneza, condensând replicile mai lungi în câteva cuvinte, metodă prin care se pot pierde detalii semnificative.

Atunci când începeţi colaborarea cu un interpret, stabiliţi o relaţie profesională cu acesta şi treceţi în revistă tipul de informaţii care ar fi cele mai utile. Explicaţi-i că este necesar să traducă tot ceea ce se spune, fără a condensa sau rezuma nimic. *Puneţi întrebări clare, scurte şi simple.* Puteţi ajuta interpretul subliniind obiectivele fiecărei secţiuni a anamnezei. După revizuirea planului de lucru, pregătiţi camera astfel încât să stabiliţi uşor contactul vizual direct şi comunicarea non-verbală cu pacientul. Apoi, adresaţi-vă direct pacientului... "De cât timp sunteţi bolnav?", formulare care este de preferat variantei "De cât timp este bolnav pacientul?" Interpretul poate sta în apropierea pacientului sau chiar în spatele lui, astfel încât să nu fiţi nevoit să priviţi de la unul la altul şi să vă schimbaţi tot timpul poziţia capului, ca la un meci de tenis.

Atunci când sunt disponibile, chestionarele scrise bilingve sunt nepreţuite, mai ales pentru examenul aparatelor şi sistemelor. Totuşi, mai întâi asiguraţi-vă că pacientul poate citi în propria limbă; în caz contrar, cereţi ajutorul interpretului. În unele clinici se poate opta pentru serviciile telefonice ale interpreţilor, care pot fi folosite dacă nu există alte opţiuni.

GHIDURI PENTRU COLABORAREA CU UN INTERPRET

- Alegeţi un interpret profesionist, care este de preferat unui cadru medical oarecare, unui voluntar sau unui membru al familiei.
- Folosiţi interpretul ca sursă de informaţii specifice culturii din care provine pacientul.
- Comunicaţi interpretului care sunt informaţiile importante pe care plănuiţi să le aflaţi în cursul anamnezei; nu uitaţi să îi amintiţi să traducă tot ceea ce spune pacientul.
- Pregătiţi camera astfel încât să aveţi contact vizual direct şi comunicare non-verbală cu pacientul. Aşezaţi interpretul în vecinătatea pacientului.
- Permiteţi interpretului şi pacientului să stabilească o relaţie de comunicare.
- Adresaţi-vă direct pacientului. Întăriţi conţinutul întrebărilor cu ajutorul elementelor de comunicare non-verbală.
- Folosiţi propoziţii *scurte* şi *simple*. Concentraţi-vă asupra aspectelor esenţiale care trebuie comunicate.
- Verificaţi gradul în care pacientul vă înţelege, cerându-i să repete ceea ce a auzit.
- Fiţi răbdător. Anamneza va fi mai îndelungată şi posibil mai săracă în informaţii.

Pacientul cu nivel scăzut de educaţie. Înainte de a oferi recomandări scrise, evaluaţi capacitatea pacientului de a citi. Nivelul de educaţie în populaţia generală este extrem de variabil, iar capacitatea redusă de a citi este mai frecventă decât s-ar crede. Motivele pentru care oamenii nu pot citi sunt numeroase: bariere lingvistice, tulburări de învăţare, tulburări de vedere sau lipsa educaţiei. Pentru unii pacienţi nu este uşor să vorbească despre problemele pe care le au cu cititul. Puteţi pune întrebări referitoare la nivelul educaţional, dar abordările pragmatice sunt mai utile. Întrebaţi „Vă este uşor sau greu să completaţi formulare medicale?" sau cereţi pacientului să citească instrucţiunile pe care le-aţi scris. (în acest fel vă veţi lămuri şi dacă există vreo problemă legată de scrisul vostru de mână). O altă metodă de evaluare rapidă constă în a-i înmâna pacientului o pagină tipărită, cu susul în jos – majoritatea pacienţilor care pot citi vor întoarce imediat pagina în poziţie normală. Lipsa capacităţii de a citi poate explica de ce unii pacienţi nu au luat medicamentele conform recomandărilor sau nu au urmat tratamentele prescrise. Reacţionaţi cu delicateţe, fără a confunda nivelul educaţiei cu nivelul inteligenţei.

Pacientul cu hipoacuzie sau surditate. Comunicarea cu aceştia este aproape la fel de dificilă ca şi în cazul pacienţilor care vorbesc o altă limbă. Chiar şi cei cu hipoacuzie se pot considera ca fiind surzi, alcătuind un grup cultural aparte. Aflaţi care este metoda de comunicare preferată de pacient. Pacienţii pot utiliza limbajul american al semnelor, un limbaj unic cu propria sa sintaxă, sau alte combinaţii de semne şi vorbire. Astfel, procesul comunicării capătă adesea un caracter trans-cultural. Întrebaţi dacă pierderea auzului a apărut corelată cu dezvoltarea vorbirii şi a altor abilităţi de limbaj. Aflaţi la ce tipuri de şcoli a mers pacientul. Aceste întrebări vă ajută să aflaţi cu care dintre cele două tipuri de grupuri culturale se identifică pacientul: grupul persoanelor cu deficienţe auditive, sau grupul persoanelor normale. Chestionarele scrise pot fi, de asemenea, utile. Dacă pacientul preferă limbajul semnelor, căutaţi un interpret şi folosiţi principiile enunţate anterior. Uneori singura soluţie poate fi scrierea întrebărilor şi a răspunsurilor, metodă care implică mai mult timp şi care se poate lovi de problema gradului de alfabetizare.

Deficitele auditive au un caracter variabil. Dacă pacientul poartă un dispozitiv auditiv, aflaţi dacă se foloseşte de acesta. Asiguraţi-vă că acesta funcţionează. Pentru pacienţii cu hipoacuzie unilaterală, aşezaţi-vă de partea sănătoasă. Se poate ca o persoană cu *dificultăţi auditive* să nu conştientizeze problema, situaţie pe care va trebui să o gestionaţi cu tact. Eliminaţi pe cât posibil zgomotul din fundal, de exemplu televizorul sau gălăgia de pe hol. Pentru pacienţii cu funcţie auditivă parţial păstrată sau care pot citi pe buze, aşezaţi-vă în faţa lor şi asiguraţi-vă că încăperea este bine iluminată. Pacienţii care au ochelari de corectare a vederii ar trebui să îi poarte, pentru a recepta indiciile vizuale care îi ajută să înţeleagă ceea ce spuneţi.

Atunci când vorbiţi, menţineţi un ton şi un ritm normal, evitând stingerea treptată a vocii la sfârşitul frazei. Evitaţi să vă acoperiţi gura cu mâna sau să vă coborâţi privirea asupra documentelor în timp ce vorbiţi. Până şi cei mai iscusiţi cititori pe buze nu pot înţelege decât un procent din ceea ce se spune, de aceea este important să îi cereţi pacientului să repete ceea ce i-aţi spus. La finalul anamnezei scrieţi toate recomandările verbale.

Pacientul nevăzător. Atunci când vă întâlniţi cu un pacient nevăzător, strângeţi-i mâna pentru a stabili contactul cu el şi prezentaţi-vă, explicându-i de ce sunteţi acolo. Dacă pacientul nu este familiarizat cu încăperea, ajutaţi-l să se orienteze şi precizaţi dacă sunteţi singuri în încăpere sau dacă mai este cineva de faţă. Chiar şi în aceste condiţii ajustarea iluminatului este utilă. Încurajaţi pacienţii cu tulburări de vedere să poarte ochelari. Nu uitaţi să vă folosiţi de cuvinte, deoarece poziţia şi gesturile nu pot fi receptate de pacient.

Pacientul cu inteligenţă limitată. Pacienţii cu inteligenţă moderat limitată pot oferi de obicei un istoric adecvat. Uneori, dizabilitatea lor poate trece chiar neobservată. Dacă totuşi sesizaţi că există probleme, examinaţi cu atenţie istoricul educaţional al pacientului şi capacitatea sa de a trăi autonom. La ce nivel educaţional s-au oprit aceşti pacienţi? Dacă nu au terminat şcoala, care a fost motivul? Ce fel de cursuri au urmat? Cum s-au descurcat la şcoală? Au dat vreun examen? Trăiesc singuri? Necesită asistenţă pentru activităţi precum transportul sau cumpărăturile? Istoricul sexual este la fel de important şi, adesea, este trecut cu vederea. Aflaţi dacă pacientul are o viaţă sexuală activă şi oferiţi informaţiile necesare cu privire la o eventuală sarcină sau la infecţiile cu transmitere sexuală.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, pag. 135-162.

Dacă nu sunteţi sigur de nivelul de inteligenţă al pacientului, faceţi o trecere delicată către examinarea statusului mental şi evaluaţi capacitatea de a efectua calcule simple, vocabularul, memoria şi gândirea abstractă.

Pentru pacienţii cu retard mental sever va trebui să apelaţi la familie sau îngrijitori pentru a afla istoricul. Identificaţi persoana care însoţeşte pacientul, însă arătaţi întotdeauna interes în principal pentru pacient. Iniţiaţi comunicarea cu pacientul, stabiliţi contactul vizual şi antrenaţi-l într-o conversaţie simplă. Ca şi în cazul copiilor, evitaţi comportamentul condescendent. Pacientul, membrii familiei, alte persoane însărcinate cu îngrijirea pacientului şi prietenii vor observa acest lucru şi vor aprecia faptul că daţi dovadă de respect.

Pacientul care caută consiliere cu privire la probleme personale. Pacienţii vă pot cere sfatul cu privire la probleme personale care nu sunt incluse în sfera îndatoririlor voastre de clinician. De exemplu, dacă este cazul să renunţe la un loc de muncă stresant sau să se mute în altă ţară. În loc să răspundeţi, puneţi întrebări despre: elementele pro şi contra, diferitele abordări ale problemei pe care pacientul le-a luat în considerare, alte persoane cărora le-a cerut sfatul, şi elementele ajutătoare disponibile pentru fiecare opţiune posibilă. Gestul de a lăsa pacientul să vorbească despre problemele sale prezintă în sine o valoare terapeutică mult mai mare decât orice răspuns i-aţi putea oferi.

SUBIECTE SENSIBILE CARE NECESITĂ ABORDĂRI SPECIALE

Medicii discută cu pacienţii numeroase teme cu încărcătură emoţională. Aceste discuţii pot fi incomode atunci când medicii sunt lipsiţi de experienţă sau evaluează pacienţi pe care nu îi cunosc îndeajuns. Chiar şi medicii cu experienţă pot fi influenţaţi de anumite tabu-uri sociale: abuzul de alcool sau droguri, obiceiurile sexuale, moartea şi stadiile terminale ale bolilor, problemele financiare, prejudecăţile pe baze rasiale sau etnice, interacţiunile din mediul familial, violenţa domestică, afecţiunile psihiatrice, handicapurile fizice, tranzitul intestinal şi altele. Multe dintre aceste subiecte declanşează reacţii personale intense legate de sistemele de valori familiale, culturale şi sociale. Afecţiunile psihiatrice, consumul drogurilor în timpul sarcinii şi întreţinerea relaţiilor sexuale cu persoane de acelaşi sex sunt trei exemple de subiecte care prin încărcătura lor pot afecta anamneza. În această secţiune sunt prezentate obstacolele întâmpinate de clinician în câteva dintre aceste domenii sensibile.

Există câteva principii de bază în abordarea subiectelor sensibile:

GHIDURI PENTRU TRATAREA SUBIECTELOR SENSIBILE

- *Cea mai importantă regulă este să nu fiţi critic, moralizator sau să emiteţi judecăţi.* Rolul medicului este de a afla cât mai multe despre pacient şi de a-l ajuta să menţină o stare de sănătate mai bună. Atitudinea dezaprobatoare faţă de comportamentul pacientului sau faţă de alte elemente din istoric nu face decât să interfere cu acest obiectiv.

(se continuă)

GHIDURI PENTRU TRATAREA SUBIECTELOR SENSIBILE (CONTINUARE)

- *Explicaţi-le pacienţilor de ce aveţi nevoie de anumite informaţii.* Acest gest scade neliniştea pe care ei o încearcă. De exemplu, spuneţi-le „Deoarece activităţile sexuale implică riscul apariţiei anumitor boli, le pun tuturor pacienţilor mei următoarele întrebări."
- Găsiţi întrebări introductive pentru subiectele sensibile şi căutaţi tipurile specifice de informaţii necesare evaluării.
- Conştientizaţi orice disconfort pe care îl simţiţi în abordarea subiectelor sensibile. Negarea stării de disconfort vă poate face să evitaţi complet aceste subiecte.

Apelaţi şi la alte metode care vă ajută să fiţi în largul vostru atunci când discutaţi cu pacienţii subiectele mai sensibile. Exemplele includ: lecturi referitoare la aceste subiecte, atât din literatura medicală cât şi din cea generală; discuţii deschise despre reţinerile voastre cu anumiţi colegi sau profesori; cursuri speciale care vă ajută să vă exploraţi sentimentele şi reacţiile; nu în ultimul rând, reflectaţi pe marginea propriei experienţe de viaţă. Profitaţi de toate aceste resurse. De câte ori aveţi ocazia, ascultaţi medicii cu experienţă, apoi purtaţi discuţii similare cu proprii pacienţi. Gama de subiecte pe care le veţi putea discuta fără a simţi vreun disconfort se va lărgi treptat.

Istoricul sexual. Adresarea întrebărilor referitoare la viaţa sexuală poate avea o importanţă vitală. Comportamentele sexuale determină riscul de sarcină, boli cu transmitere sexuală (BTS) şi SIDA – o anamneză bine realizată contribuie la prevenirea sau reducerea acestor riscuri. Obiceiurile sexuale pot avea o legătură directă cu simptomele pacientului, constituind o parte componentă a diagnosticului şi tratamentului. Mulţi pacienţi au întrebări şi temeri legate de sexualitate şi ar vorbi mai liber despre acestea dacă medicul ar deschide subiectul sănătăţii sexuale. Disfuncţiile sexuale pot fi rezultatul utilizării anumitor medicamente sau al dezinformării, probleme care odată recunoscute pot fi rezolvate.

Puteţi iniţia discuţia despre istoricul sexual în mai multe momente ale anamnezei. Dacă acuza principală are legătură cu simptome din sfera urogenitală, includeţi întrebări referitoare la istoricul sexual în secţiunea de detaliere şi clarificare a aspectelor istoricului pacientului. În cazul femeilor, puneţi aceste întrebări în cadrul secţiunii antecedente obstetricale/ ginecologice din Antecedente personale. Le puteţi aduce în discuţie cu ocazia detalierii aspectelor legate de menţinerea sănătăţii, alături de dietă, exerciţii fizice şi teste de screening, sau ca parte a aspectelor legate de stilul de viaţă sau de relaţiile semnificative, în cadrul Istoricului personal şi social. O altă variantă este să adresaţi întrebări despre activităţile sexuale în timpul examenului clinic al aparatelor şi sistemelor. Nu treceţi cu vederea acest domeniu doar pentru că pacientul este vârstnic, are un handicap sau o boală cronică.

Puteţi începe cu una sau două propoziţii ajutătoare. „Pentru a evalua riscul de a dezvolta diverse boli, trebuie să vă pun anumite întrebări despre sănătatea şi viaţa dumneavoastră sexuală" sau „Discut de rutină cu toţi pacienţii mei despre funcţia lor sexuală". Pentru acuze mai specifice, puteţi preciza „Pentru a afla de ce aveţi această scurgere şi ce am putea face pentru a o trata, trebuie să vă pun câteva întrebări despre viaţa dumneavoastră sexuală." Adoptaţi un stil pragmatic; aşa sunt şanse mai mari ca pacientul să se lase în seama voastră. *Folosiţi un limbaj exact.* Referiţi-vă la organele genitale prin termeni expliciţi, de exemplu penis sau vagin, evitând

formulări de tipul „zonele intime". Alegeți cuvinte pe care pacientul le înțelege sau explicați-i sensul acestora. „Când spun contact sexual, mă refer la actul prin care un bărbat își introduce penisul în vaginul unei femei."

Adresați întrebări specifice despre obiceiurile sexuale și gradul de satisfacție implicat de funcția sexuală. Mai jos aveți câteva exemple de întrebări care îi ajută pe pacienți să își dezvăluie temerile:

Vezi întrebările specifice din Capitolul 13, Aparatul genital masculin și herniile, pag. 504-505 și Capitolul 14, Aparatul genital feminin, pag. 527-528.

- „Când ați avut ultima dată contact fizic intim cu o altă persoană?" Acest contact a presupus și raport sexual?" Utilizarea sintagmei „activ sexual" poate fi ambiguă. Au existat și cazuri în care pacienții au răspuns „Nu, pur și simplu stau întins."
- „Întrețineți raporturi sexuale cu bărbați, femei sau ambele?" Există pacienții care au relații sexuale cu persoane de același sex fără a se considera homosexuali, lesbiene sau bisexuali. Vă puteți confrunta și cu situația în care pacienții cu orientare homosexuală întrețin relații sexuale cu persoane de sex opus. Întrebările voastre trebuie să se refere întotdeauna la obiceiurile sexuale.
- „Câți parteneri sexuali ați avut în ultimele șase luni? În ultimii 5 ani? Pe toată durata vieții?" Aceste întrebări oferă pacientului șansa de a recunoaște prezența partenerilor multipli. Întrebați de asemenea despre utilizarea de rutină a prezervativului. „Folosiți *întotdeauna* prezervative?"
- Este important să îi întrebați pe toți pacienții „Vă faceți probleme în legătură cu infecția HIV sau SIDA?" chiar dacă nu este evident nici un factor de risc clar.

Observați că aceste întrebări nu includ nici un fel de presupuneri cu privire la statusul marital, preferințele sexuale sau atitudinea față de sarcină sau contracepție. Ascultați fiecare răspuns al pacientului și adresați întrebări suplimentare dacă este cazul. Pentru a obține informațiile legate de comportamentul sexual va trebui să puneți întrebări mai exacte și mai clare decât cele adresate în alte etape ale anamnezei.

Sănătatea mentală. Concepțiile culturale legate de starea de boală mentală sau fizică variază larg, ceea ce creează diferențe marcate la nivel de acceptare și atitudine în fața bolii. De exemplu, gândiți-vă cât de ușor este să discutați cu un pacient despre diabet și administrarea insulinei, și cât de dificilă poate fi discuția despre schizofrenie și utilizarea medicamentelor psihotrope. Începeți cu întrebări cu final deschis. "Ați avut vreodată probleme de ordin emoțional sau mental?" Apoi treceți la întrebări mai precise, de exemplu "Ați fost vreodată la un psihiatru sau la un psihoterapeut?" "Vi s-au prescris vreodată medicamente pentru probleme de ordin emoțional?" "Dumneavoastră sau alți membri ai familiei ați fost vreodată internați în spital pentru o problemă legată de sănătatea emoțională sau mentală?"

La pacienții cu depresie sau tulburări cognitive, cum ar fi schizofrenia, se impune efectuarea unui istoric detaliat al bolii. Depresia este o afecțiune des întâlnită în întreaga lume, și totuși rămâne sub-diagnosticată și sub-tratată. Fiți atenți când pacientul relatează modificări de dispoziție sau simptome ca oboseala, plânsul neobișnuit de frecvent, modificări de apetit sau de greutate, insomnie sau acuze somatice imprecise. Două întrebări de screening cu care puteți începe sunt: "În ultimele două săptămâni v-ați simțit abătut, deprimat sau lipsit de speranță?" și "În ultimele două săptămâni ați simțit că nu prea aveți chef de nimic sau că nu vă face plăcere să faceți diverse lucruri?"[37] Dacă pacientul pare a fi deprimat, investigați dacă există gânduri de sinucidere: "V-a trecut vreodată prin cap să vă faceți rău sau să vă

puneţi capăt vieţii?" Ca şi în cazul durerii toracice, trebuie evaluată severitatea tulburării, căci atât depresia cât şi angina pot fi fatale.

Pentru alte abordări, vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, pag. 143.

Numeroşi pacienţi cu schizofrenie sau alte tulburări psihotice pot fi integraţi social şi vă pot povesti despre istoricul lor, incluzând diagnosticele stabilite, simptomatologia, spitalizările şi medicaţia curentă. Şi în cazul lor trebuie investigate simptomele, evaluând efectele posibile asupra dispoziţiei sau activităţilor zilnice.

Consumul de alcool sau droguri. Mulţi medici ezită să întrebe pacienţii despre consumul de alcool sau droguri şi medicamente, indiferent dacă sunt eliberate pe bază de reţetă sau procurate ilegal. Abuzul de alcool sau droguri poate fi cauza simptomatologiei şi necesită îngrijire medicală şi tratament. În ciuda prevalenţei ridicate a abuzului de diverse substanţe pe toată durata vieţii – peste 13% pentru alcool şi 4% pentru drogurile ilegale în Statele Unite – se menţine problema sub-diagnosticării.[38]

Nu permiteţi propriilor sentimente să interfere cu rolul pe care îl aveţi ca medic. Datoria voastră este să adunaţi date, să evaluaţi efectele asupra sănătăţii pacientului şi să planificaţi măsurile terapeutice. Medicii ar trebui să chestioneze de rutină pacienţii cu privire la abuzul (din prezent sau din trecut) de alcool sau alte substanţe, modalităţile de consum şi istoricul familial. Nu uitaţi să includeţi şi adolescenţii şi adulţii mai vârstnici în categoria celor chestionaţi în acest sens.[39,40]

Alcoolul. Întrebările despre consumul de alcool şi alte substanţe urmează în mod obişnuit după cele referitoare la consumul de cafea şi tutun. "Ce vă place să beţi?" sau "Povestiţi-mi despre consumul dumneavoastră de alcool" sunt întrebări potrivite pentru a deschide subiectul şi care au avantajul de a evita răspunsurile simple de tip da sau nu. Nu uitaţi să verificaţi ce înţelege pacientul prin alcool – unii pacienţi nu includ în această categorie berea sau vinul. Pentru a depista problemele legate de consumul de alcool puteţi folosi scurte chestionare de screening a căror completare nu necesită mult timp. Două întrebări suplimentare: "Aţi avut vreodată probleme cu băutura?" şi "Când aţi consumat ultima oară o băutură alcoolică?" corelate cu consumarea unei băuturi în ultimele 24 de ore reprezintă elemente care ridică suspiciunea de probleme legate de consum.[41] Cele mai utilizate întrebări de screening sunt cele care alcătuiesc chestionarul **CAGE** ("**C**utting down, **A**nnoyance if criticized, **G**uilty feelings and **E**ye-openers" – reducerea consumului, enervarea provocată de criticile primite, sentimentul de vinovăţie şi consumul de alcool dimineaţa devreme).

CHESTIONARUL CAGE

Aţi simţit vreodată că ar trebui **să reduceţi** consumul de băuturi alcoolice?
V-aţi **enervat** vreodată atunci când aţi fost criticat pentru că beţi?
V-aţi simţit vreodată **vinovat** pentru faptul că beţi?
Aţi băut vreodată un pahar de **băutură la prima oră a dimineţii** pentru a vă calma sau pentru a scăpa de mahmureală?

(Adaptat după Mayfield D, McCleod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 131:1121-1123, 1974.)

Două sau mai multe răspunsuri afirmative la chestionarul CAGE sugerează abuz de alcool, şi au o sensibilitate între 43-94% şi o specificitate între 70-96%.[37,42] Când depistaţi abuzul de alcool, întrebaţi pacientul dacă a avut episoade de amnezie (nu reuşeşte să îşi amintească evenimentele din timpul consumului), crize convulsive, accidente sau leziuni survenite în timpul consumului, probleme la locul de muncă,

conflicte în relaţiile personale sau probleme cu legea. De asemenea, întrebaţi pacientul dacă se urcă la volan sau manipulează utilaje după ce a consumat băuturi alcoolice.[43,44]

Droguri. Ca şi în cazul alcoolului, întrebările trebuie să fie exacte pentru a obţine răspunsuri pe baza cărora să poată fi realizată distincţia între consum şi abuz. Puteţi iniţia discuţia prin întrebarea "Aţi consumat vreodată substanţe, altele decât cele prescrise pentru afecţiuni medicale?"[45] În continuare, puteţi adresa întrebări specifice cu privire la frecvenţa şi modul de folosire (ultima dată când a consumat, cât de des consumă, substanţele preferate, cantitatea) sau despre modul de auto-administrare. "V-aţi injectat vreodată un drog?" "Aţi fumat sau aţi inhalat vreodată un drog?" "Aţi luat vreodată pastile în alt scop decât medical?" Deoarece moda consumului de droguri se află în continuă schimbare, este important să vă menţineţi la curent cu noutăţile referitoare la pericolele cele mai comune şi la riscurile implicate de supradozare.

O altă abordare este adaptarea chestionarului CAGE pentru screeningul abuzului de substanţe prin adăugarea "sau droguri" la fiecare întrebare. După identificarea abuzului de substanţe, continuaţi cu întrebări de tipul "Reuşiţi întotdeauna să controlaţi consumul acestor substanţe?" "Aţi avut parte şi de efecte neplăcute?" "Ce s-a întâmplat... Accidente, răniri sau arestări legate de consumul de droguri? Probleme profesionale sau familiale?" ... "Aţi încercat vreodată să vă lăsaţi? Povestiţi-mi despre asta."

Violenţa domestică. Datorită prevalenţei înalte a abuzului fizic, sexual şi emoţional, mulţi autori recomandă screeningul de rutină al tuturor pacienţilor de sex feminin pentru identificarea cazurilor de violenţă domestică. Alte grupuri de pacienţi cu risc crescut sunt copiii şi vârstnicii.[46,47] Ca şi în cazul celorlalte subiecte sensibile, începeţi această parte a anamnezei prin întrebări cu caracter general: "Deoarece abuzul este întâlnit tot mai des în viaţa multor femei, am început să pun de rutină întrebări în acest sens". "Aveţi momente, în cadrul relaţiei actuale, în care vă este frică sau vă simţiţi în pericol?" "Multe femei îmi povestesc că cineva de acasă le face rău. Vi se întâmplă şi dumneavoastră?" "În cursul ultimului an, aţi fost lovită cu mâna, cu piciorul, cu pumnul sau în alt fel de către o persoană cunoscută? Dacă da, de către cine?" La fel ca pentru restul anamnezei, treceţi de la întrebările cu caracter general la cele specifice şi de la simplu la complex.

Abuzul fizic – adesea nemenţionat de către victimă sau autor – ar trebui suspicionat în următoarele împrejurări:

INDICII ALE ABUZULUI FIZIC

- Răni neexplicate, care par a nu susţine povestea pacientului, care sunt ascunse de către pacient sau constituie un motiv de jenă
- Întârzierea prezentării la medic pentru tratarea leziunilor traumatice
- Existenţa unui istoric pozitiv de răniri sau "accidentări" repetate
- Pacientul sau persoane apropiate ale acestuia au un istoric pozitiv pentru abuz de alcool sau droguri
- Partenerul de viaţă al pacientului încearcă să domine anamneza, nu vrea să părăsească încăperea sau pare deosebit de anxios sau preocupat

Atunci când suspectaţi prezenţa abuzului este important ca o parte a anamnezei să se desfăşoare între patru ochi cu pacientul. Vă puteţi folosi de pretextul efectuării examenului fizic pentru a cere celeilalte persoane să părăsească încăperea. Dacă şi

pacientul se opune acestei cereri, nu ar trebui să forţaţi lucrurile pentru a nu expune victima unui pericol potenţial. Există anumite diagnostice care se asociază în mai mare grad cu abuzul, de exemplu sarcina sau tulburările de somatizare.

Din nefericire, cazurile de abuz asupra copiilor sunt de asemenea frecvente. Chestionarea părinţilor despre modul în care îşi disciplinează copiii face parte din examinarea pediatrică de rutină. Puteţi de exemplu să întrebaţi părinţii cum se descurcă cu copilul atunci când nu se mai opreşte din plâns sau se poartă urât. "Majoritatea părinţilor se supără foarte tare atunci când copiii lor plâng (sau sunt neastâmpăraţi). Dumneavoastră cum vă simţiţi în aceste situaţii?" "Ce faceţi atunci când copilul nu se mai opreşte din plâns?" "Vă este vreodată teamă că v-aţi putea răni copilul?" De asemenea, aflaţi cum gestionează aceste situaţii alţi membri ai familiei sau angajaţi însărcinaţi cu îngrijirea copilului.

Vezi Capitolul 18, Evaluarea pacientului pediatric: din perioada de sugar la cea de adolescenţă, pag. 751.

Decesul şi pacientul cu boală aflată în stadiu terminal. Educaţia medicală pune tot mai mult accent pe îmbunătăţirea pregătirii medicilor în vederea gestionării cazurilor de boli terminale şi deces. Numeroşi medici evită să vorbească despre moarte, din cauza propriilor sentimente de disconfort şi anxietate. Gestionaţi-vă propriile sentimente cu ajutorul lecturilor şi al discuţiilor. Familiarizarea cu conceptele de bază ale îngrijirii este necesară chiar şi pentru studenţii din primii ani, deoarece şi ei vor întâlni pacienţi de toate vârstele, aflaţi aproape de sfârşitul vieţii.

Pentru detalii cu privire la discutarea deciziilor în stadiile terminale ale bolilor, doliu, gestionarea pierderilor şi stabilirea documentelor legale anticipative, vezi Capitolul 20, Adultul vârstnic, pag. 909.

Kubler-Ross a descris cinci etape ale răspunsului individual la pierdere sau la anticiparea dureroasă a morţii iminente: negarea şi izolarea, furia, negocierea, depresia sau tristeţea şi acceptarea.[48] Aceste etape pot fi consecutive sau se pot suprapune în orice ordine sau combinaţie. Indiferent de etapa în care se află pacientul, folosiţi aceeaşi abordare. Fiţi sensibili la sentimentele pe care pacientul le nutreşte faţă de moarte; căutaţi indicii care arată că pacientul este deschis la discuţii. Deschideţi subiectul, pentru a ajuta pacientul să vorbească despre ceea ce simte: „Aveţi vreun motiv de îngrijorare în ceea ce priveşte procedura? ... boala dumneavoastră? Cum va fi când vă veţi întoarce acasă?" Exploraţi aceste temeri şi oferiţi toate informaţiile pe care pacientul doreşte să le afle. Evitaţi să daţi asigurări verbale care nu au acoperire. Dacă identificaţi şi acceptaţi sentimentele pacientului, oferind răspunsuri la întrebări şi dovedind că sunteţi dedicat rezolvării problemelor pe toată durata bolii, asigurările se vor dezvolta exact acolo unde trebuie – în mintea pacientului.

Pacienţii aflaţi în stadiile terminale ale unei boli rareori doresc să vorbească despre boala lor la fiecare consultaţie şi nu se încred în oricine. Oferiţi-le ocazia de a vorbi şi ascultaţi cu atenţie, însă dacă ei menţin discuţia la nivel social, respectaţi-le alegerea. Nu uitaţi că boala – chiar şi cea terminală – este doar o faţetă a unui individ, care este un sistem complex. Un zâmbet, o atingere, o întrebare referitoare la un membru al familiei, un comentariu despre evenimentele zilei sau chiar o mică glumă au rolul de a susţine persoana aflată în îngrijirea voastră şi de a-i confirma unicitatea ca individ. Comunicarea eficientă presupune cunoaşterea pacientului ca întreg, iar aceasta face parte din procesul terapeutic.

Înţelegerea dorinţelor pacientului în ceea ce priveşte tratamentul în stadiile terminale ale bolii este una dintre responsabilităţile importante ale medicului. Imposibilitatea de a comunica cu privire la deciziile din ultimele stadii de boală este privită ca fiind un punct slab al îngrijirii medicale. Chiar dacă vă este greu să vorbiţi despre acest subiect, trebuie să vă obişnuiţi să adresaţi întrebări specifice. Starea pacientului şi condiţiile din spital sunt adesea factorii determinanţi ai subiectelor care urmează a fi discutate. În cazul pacienţilor cu boli acute internaţi în spital, de obicei este obligatoriu să discutaţi

despre ce dorește pacientul să se facă în caz de stop cardiac sau respirator. Adesea este dificil de discutat despre *dorința de a nu fi resuscitat* (în baza formularului numit *Ordin de Neresuscitare [Do Not Resuscitate, DNR]*) atunci când nu există o relație prestabilită cu pacientul sau când medicul nu cunoaște valorile și experiența de viață a acestuia. Încercați să vă familiarizați cu sistemul de referință al pacientului, deoarece mass-media contribuie adesea la formarea unei imagini nerealiste asupra eficienței metodelor de resuscitare. „Ce fel de experiențe ați avut în ceea ce privește moartea unui prieten apropiat sau a unei rude?" „Ce știți despre resuscitarea cardio-pulmonară (RCP)?" Informați pacienții în legătură cu probabilitatea de succes a manevrelor de RCP, mai ales dacă aceștia suferă de boli cronice sau au vârste înaintate. Asigurați-i că ameliorarea durerii și satisfacerea celorlalte nevoi, de ordin spiritual sau fizic, vor fi prioritare.

În general, sfătuiți orice adult, dar în special pe cei vârstnici și bolnavi cronici, să efectueze *o procură* prin care o anumită persoană este împuternicită să ia decizii medicale în numele lor atunci când pacientul se află în incapacitatea de a face acest lucru și situația o cere. Această discuție va releva „sistemul de valori al pacientului", și veți descoperi care sunt elementele importante pentru pacient care fac ca viața să merite a fi trăită, dar și punctul din care acest lucru nu mai este valabil. Întrebați pacienții cum își petrec timpul în fiecare zi, care sunt lucrurile pe care le anticipează cu nerăbdare, și ce anume îi bucură. Clarificați sensul unor afirmații ca „Ați spus că nu doriți să fiți o povară pentru familia dumneavoastră. Ce ați vrut să spuneți, mai exact?" Luați în considerare sistemul de referință religios și cultural al pacientului, astfel încât să puteți lua împreună cea mai bună decizie cu privire la îngrijirile medicale acordate.

Vezi secțiunea despre Pacientul cu capacități alterate, pag. 76-77.

ASPECTE SOCIALE ALE ANAMNEZEI

Modestia în fața diferențelor culturale – o paradigmă în schimbare. Comunicarea eficientă cu pacientul, indiferent de mediul de proveniență, a reprezentat întotdeauna una dintre însușirile esențiale ale unui profesionist. Totuși, între diferite grupuri populaționale există deosebiri importante în ceea ce privește riscul de apariție a bolilor, morbiditatea și mortalitatea, deosebiri care reflectă diferențele în accesul la serviciile medicale, nivelul veniturilor, tipul de asigurare, nivelul educațional, gradul de stăpânire a limbii și modul de luare a deciziilor.[49,50] Pentru eliminarea acestor inegalități, medicii trebuie să se concentreze asupra propriilor îndatoriri și responsabilități pe măsură ce se confruntă cu această diversitate în practica clinică.

Vezi Capitolele 4-20, secțiunile despre profilaxie și consiliere și informațiile selecționate prezentate în coloana "Exemple de anomalii".

În mod clasic, *competența culturală* a fost considerată "capacitatea de a funcționa eficient ca individ sau ca organizație în contextul convingerilor, atitudinilor și nevoilor culturale".[51,52] Cu toate acestea, experții avertizează că mult prea des competența culturală este redusă la un set fix de trăsături și convingeri, scos din context, valabil pentru anumite grupuri etnice.[53] Ceea ce poate duce la clasificarea inadecvată a acestor pacienți ca fiind "ceilalți", în mod implicit întărind perspectiva grupului majoritar (acesta fiind reprezentat de cultura vestică).[54] De fapt, "cultura este un domeniu în continuă schimbare, fiind în permanent revizuită în funcție de contextul dinamic în care se definește."[53] Totuși, "această dinamică este adesea compromisă de diferite nepotriviri de ordin socio-cultural care survin între pacienți și furnizorii

de servicii medicale."[55] Aceste nepotriviri apar pe de o parte deoarece personalul medical nu cunoaşte convingerile, credinţele şi experienţa de viaţă a pacienţilor, dar şi din cauza adoptării neintenţionate sau intenţionate a unor stereotipuri şi atitudini părtinitoare în timpul consultării pacienţilor.

În prezent, atenţia se îndreaptă spre conceptul de *modestie culturală*. Modestia culturală se defineşte ca fiind "procesul care necesită modestie din partea individului implicat într-un permanent proces de autocunoaştere şi autocritică, practicant al unui stil de viaţă axat pe învăţare şi autoperfecţionare."[55] Este un proces care include "sarcina dificilă de a examina credinţele şi sistemele de valori culturale, atât ale pacienţilor cât şi ale personalului medical, cu scopul de a depista elementele de dezacord sau sinergie culturală care contribuie la starea de sănătate a pacientului."[56] Acesta determină medicii să "studieze puterea dezechilibrelor care apar în dinamica procesului de comunicare medic-pacient" şi să menţină o relaţie de parteneriat dinamic, bazat pe respect reciproc cu pacienţii şi comunităţile. Pentru a atinge aceste deziderate, fiţi la curent cu modelele cele mai eficiente de pregătire care apar în permanenţă.[57-62]

Următoarele exemple au rolul de a vă iniţia în practica autocunoaşterii. Ele ilustrează modul în care deosebirile culturale, atitudinea părtinitoare inconştientă şi prejudecăţile pot influenţa în rău procesul de comunicare, afectând astfel calitatea actului medical şi rezultatele îngrijirii pacientului.

MODESTIA CULTURALĂ: SCENARIUL 1

Un taximetrist în vârstă de 28 de ani originar din Ghana, care s-a mutat de curând în Statele Unite, se plânge unui prieten de calitatea serviciilor medicale americane. Acesta a fost la spital deoarece avea febră şi se simţea obosit. Îi povesteşte prietenului său că acolo a fost cântărit, i s-a luat temperatura, iar în jurul braţului i-a fost montat un dispozitiv atât de strâns încât era dureros. Medicul curant, o femeie în vârstă de 36 de ani din Washington D.C. i-a pus numeroase întrebări, l-a consultat, apoi a dorit să îi recolteze sânge pentru analize, lucru cu care bărbatul nu a fost de acord. Ultimul comentariu al pacientului a fost "…şi nici măcar nu mi-a dat clorochină!" – motivul principal pentru care se dusese la spital. Bărbatul din Ghana se aştepta la câteva întrebări, nici un fel de consult şi tratament pentru malarie, care este cauza uzuală a febrei în Ghana.

În acest exemplu dificultatea de comunicare trans-culturală este uşor de înţeles. Totuşi, atitudinea părtinitoare neconştientizată survine în multe cazuri din practica clinică, ducând la dificultăţi de comunicare. Examinaţi cu atenţie scenariul de mai jos, care des întâlnit în practica de zi cu zi.

MODESTIA CULTURALĂ: SCENARIUL 2

O elevă de liceu în vârstă de 16 ani s-a prezentat la policlinica locală - centrul pentru adolescenţi - deoarece avea dureri menstruale puternice care o împiedicau să se concentreze în orele de curs. Eleva purta o bluză mulată şi o fustă scurtă, şi avea numeroase piercing-uri, inclusiv în sprânceană. Medicul, un bărbat în vârstă de 30 de ani, i-a pus următoarele

(se continuă)

MODESTIA CULTURALĂ: SCENARIUL 2 (CONTINUARE)

întrebări: "Iei note de trecere la toate materiile? Ce fel de muncă vrei să faci după ce termini liceul? Ce metodă de contracepţie preferi?" Adolescenta s-a simţit obligată să accepte anticoncepţionalele orale, deşi afirmase răspicat că nu avusese niciodată contact sexual şi că plănuieşte să amâne momentul până după căsătorie. Era o elevă de nota zece şi plănuia să meargă la facultate, însă medicul nu a reuşit să afle aceste aspecte. Medicul a tratat cu superficialitate crampele dureroase de care suferea, spunând "Ah, poţi lua nişte ibuprofen. Durerile acestea se ameliorează de obicei cu înaintarea în vârstă." Pacienta nu va lua contraceptivele orale care i-au fost prescrise, iar în viitor nu va mai apela prea curând la serviciile medicale. Ea a perceput întâlnirea ca pe un interogatoriu, motiv pentru care medicul nu a reuşit să îi câştige încrederea. În plus, întrebările medicului au reflectat faptul că el avea deja presupuneri referitoare la viaţa pacientei şi nu au arătat respect faţă de temerile ei legate de sănătate. Deşi medicul a urmărit să afle date despre anumite subiecte psihosociale importante, pacienta a avut parte de servicii medicale ineficiente ca urmare a conflictului între valorile culturale şi atitudinii părtinitoare a clinicianului.

În ambele cazuri descrise, eşecul este consecinţa unor presupuneri eronate sau a unor prejudecăţi. În primul caz, medicul nu a luat în calcul numeroasele variabile care influenţează convingerile pacienţilor despre boală şi aşteptările de la serviciile medicale. În cel de-al doilea caz, medicul a permis ca stereotipurile să îi ghideze atitudinea, în loc să asculte pacienta şi să o respecte ca persoană. Fiecare dintre noi are propriul său bagaj cultural şi propriul set de prejudecăţi. Acestea nu dispar pur şi simplu atunci când devenim medici.

Deoarece medicii asigură îngrijiri unor pacienţi extrem de diverşi, trebuie ţinut cont de felul în care cultura modelează nu doar convingerile pacientului ci şi pe cele ale medicului. *Cultura* este un sistem de idei, reguli şi sensuri comune care influenţează modul în care vedem lumea, în care trăim experienţele emoţionale şi în care ne comportăm în relaţia cu ceilalţi. Metaforic spus, este "lentila" sau "sistemul optic" prin care percepem şi înţelegem lumea din jur. Sensul culturii este mult mai larg decât înţelesul termenului "etnicitate". Influenţele culturale nu se limitează la grupurile minoritare; ele sunt relevante pentru toată lumea.

Evitaţi să transformaţi cunoştinţele pe care le aveţi despre anumite grupuri culturale în stereotipuri pe care să le utilizaţi în locul înţelegerii autentice. De exemplu, se spune că pacienţii de origine hispanică dramatizează durerea resimţită în mai mare măsură. Admiteţi că acesta este un stereotip. Trebuie să examinaţi fiecare pacient cu durere în acelaşi mod, fără a diminua cantitatea de analgezic pe care aţi utiliza-o în mod normal, fiind însă conştienţi de propriul răspuns la stilul pacientului. Străduiţi-vă să aveţi o abordare clinică adecvată în cazul tuturor pacienţilor, prin conştientizarea propriilor valori şi prejudecăţi, prin dezvoltarea unor abilităţi de comunicare care transcend diferenţele culturale şi prin clădirea unei relaţii terapeutice cu pacienţii, bazată pe respect pentru experienţa de viaţă a fiecărui individ. Respectând acest cadru de lucru, descris în continuare, veţi putea aborda fiecare pacient ţinând cont de individualitatea sa.

CELE TREI DIMENSIUNI ALE MODESTIEI CULTURALE

- *Auto-cunoaşterea.* Căutaţi să identificaţi propriile prejudecăţi... cu toţii le avem.
- *Comunicarea respectuoasă.* Încercaţi să eliminaţi presupunerile referitoare la ce este "normal". Învăţaţi direct de la pacienţi – ei cunosc cel mai bine cultura din care provin şi boala de care suferă.
- *Parteneriat şi colaborare.* Clădiţi o relaţie medic-pacient bazată pe respect şi planuri convenabile pentru ambele părţi.

Auto-cunoaşterea. Începeţi prin a studia propria identitate culturală. Cum v-aţi descrie din punct de vedere al etniei, clasei sociale, regiunii sau ţării de origine, religiei şi afilierii politice? Nu uitaţi de aspectele pe care adesea le luăm drept bune – sexul, rolurile sociale, orientarea sexuală, însuşirile fizice şi rasa – în special dacă aparţineţi unei majorităţi. Cu ce aspecte ale familiei din care proveniţi vă identificaţi şi prin ce vă diferenţiaţi de aceasta? Cum vă influenţează aceste identităţi convingerile şi comportamentul?

În procesul de auto-cunoaştere, o sarcină mai dificilă este aducerea propriilor valori şi prejudecăţi în plan conştient. *Valorile* sunt standardele în comparaţie cu care evaluăm convingerile şi comportamentul, proprii sau ale celorlalţi. Acestea pot părea absolute. *Prejudecăţile* sunt atitudini sau sentimente pe care le ataşăm unor diferenţe percepute. Este normal să fii atent la diferenţe; de fapt, în trecutul îndepărtat, detectarea diferenţelor contribuia probabil la supravieţuire. Recunoaşterea intuitivă a membrilor propriului grup era o însuşire necesară supravieţuirii, pe care poate că societatea a depăşit-o în prezent, dar care funcţionează încă.

Sentimentul de vinovăţie faţă de propriile prejudecăţi îngreunează identificarea şi admiterea lor. Începeţi cu zone percepute ca fiind mai puţin ameninţătoare, de exemplu felul în care un individ se raportează la timp, un fenomen cu determinism cultural. Sunteţi întotdeauna punctual – o valoare pozitivă în cultura vestică? Sau tindeţi să întârziaţi puţin? Ce părere aveţi despre oamenii cu obiceiuri diametral opuse faţă de ale voastre? Data viitoare când participaţi la o întâlnire sau la un curs, observaţi cine ajunge mai devreme, cine ajunge la timp şi cine întârzie. Observaţi un model predictibil? Treceţi apoi la rolul aspectului fizic. Vă consideraţi slab, de greutate medie sau supraponderal? Ce părere aveţi despre propria greutate? Ce ne învaţă cultura americană să apreciem la aspectul fizic? Ce părere aveţi despre oamenii care au greutăţi diferite?

Comunicarea respectuoasă. Dată fiind complexitatea aspectelor culturale, nimeni nu poate cunoaşte convingerile şi practicile legate de sănătate ale tuturor culturilor şi subculturilor. Permiteţi pacienţilor voştri să joace rolul expertului atunci când vine vorba de propriile puncte de vedere culturale. Chiar dacă pacientul nu reuşeşte să descrie propriile valori şi convingeri, ar trebui să poată răspunde la întrebări specifice. Investigaţi istoricul cultural al pacientului. Folosiţi-vă de unele dintre întrebările comentate anterior, în secţiunea Crearea unei înţelegeri comune a problemei (pag. 66-67). Menţineţi o atitudine deschisă, respectuoasă şi iscoditoare. "Ce speraţi să obţineţi de la această întrevedere?" Dacă aţi stabilit cu pacientul o relaţie bazată pe încredere, acesta va fi dispus să vă comunice ceea ce ştie. Atenţie la întrebările care conţin în textul lor presupuneri. Şi fiţi întotdeauna pregătiţi să admiteţi care sunt domeniile în care sunteţi ignorant sau faţă de care aveţi prejudecăţi. "Cunosc foarte puţine despre Ghana. Cum ar fi mers lucrurile la o clinică de acolo dacă v-aţi fi dus cu aceeaşi problemă?" Sau, cu cel de-al doilea pacient (cu care este şi mult mai

dificil), "Am facut anumite presupuneri greşite despre dumneavoastră, care nu sunt adevărate. Îmi cer scuze. Aţi vrea să îmi povestiţi mai multe despre dumneavoastră şi planurile de viitor pe care le aveţi?"

Este util să învăţaţi cât mai multe despre specificul cultural, deoarece astfel vă extindeţi ariile pe care, în calitate de medici, trebuie să le exploraţi. De exemplu, puteţi citi despre experienţele de viaţă ale persoanelor aparţinând anumitor grupuri etnice sau rasiale, care trăiesc în aceeaşi zonă cu voi. Este posibil ca pierderea încrederii în medici şi sistemul de sănătate să aibă anumite motive.[63] Puteţi de asemenea să vizionaţi filme realizate în alte ţări sau care prezintă în mod explicit perspective ale unor culturi diferite. Aflaţi care sunt temerile diferitelor grupuri de consumatori ai serviciilor medicale. Încercaţi să cunoaşteţi vindecătorii din diferite domenii şi să aflaţi detalii despre practica lor. Cel mai important, fiţi deschişi faţă de pacienţi şi învăţaţi de la aceştia. Nu presupuneţi că ceea ce aţi învăţat despre un grup cultural se aplică individului din faţa voastră.

Parteneriat şi colaborare. Prin eforturi continue de auto-cunoaştere şi de a vedea lumea şi din perspectiva celorlalţi, medicul creează premisele unui parteneriat bazat pe colaborare care va asigura cele mai bune condiţii pentru îngrijirea sănătăţii pacientului. Comunicarea bazată pe încredere, respect şi dorinţa de a reevalua ideile preconcepute creează un mediu în care pacienţii se simt mai liberi să-şi exprime temerile aflate în contradicţie cu curentul cultural dominant. Aceste temeri pot fi asociate cu sentimente intense, de exemplu furia sau ruşinea. Medicul trebuie să fie dispus să asculte şi să valideze aceste sentimente fără a permite propriilor sentimente să îl împiedice din explorarea subiectelor sensibile. Trebuie de asemenea să fiţi dispuşi să vă reexaminaţi propriile convingeri despre "abordarea medicală corectă" într-o anumită situaţie. Faceţi tot posibilul pentru a fi flexibili, creativi şi respectuoşi faţă de ceea ce pacientul consideră că este cel mai bine pentru el. Diferenţiaţi cu grijă ceea ce este cu adevărat important pentru sănătatea pacientului de ceea ce reprezintă simple sfaturi standardizate, deoarece astfel puteţi construi împreună o abordare personalizată a îngrijirii medicale, aflată în acord cu standardele de eficienţă şi convingerile pacientului. Dacă pacientul nu vă mai ascultă, nu vă urmează recomandările sau nu revine la control, înseamnă că aţi eşuat în acordarea îngrijirii medicale.

Problema sexualităţii în relaţia medic-pacient. Medicii de ambele sexe se găsesc uneori în situaţia de a fi atraşi fizic de pacienţii lor. În mod similar, pacienţii pot face avansuri sau pot flirta cu personalul medical. Intimitatea emoţională şi fizică din cadrul relaţiei medic-pacient poate duce ea însăşi la apariţia atracţiei sexuale.

Dacă observaţi astfel de sentimente la voi, acceptaţi-le ca fiind un răspuns normal şi aduceţi-le în plan conştient astfel încât să nu vă influenţeze comportamentul. Negarea acestor sentimente creşte probabilitatea de a acţiona în mod nepotrivit. *Orice* tip de relaţie romantică sau contact sexual cu pacienţii este *imorală;* menţineţi relaţia cu pacienţii în limitele eticii şi profesionalismului, şi cereţi ajutor dacă simţiţi că este cazul.[64-66]

Uneori medicii tratează pacienţi care încearcă în mod evident să seducă sau fac avansuri sexuale. Aţi putea fi tentat să ignoraţi acest tip de comportament, deoarece nu sunteţi siguri că despre asta este vorba, sau pur şi simplu speraţi să dispară. Adoptaţi o atitudine calmă, dar fermă şi explicaţi-i clar pacientului că relaţia pe care o aveţi este una strict profesională, şi nu personală. Dacă avansurile nedorite continuă, părăsiţi camera de examinare şi găsiţi un superior care să continue anamneza. Ar trebui de asemenea să vă analizaţi propria imagine. Vestimentaţia sau

conduita voastră sunt ispititoare şi nu aţi realizat acest lucru? Aţi avut o atitudinea prea apropiată faţă de pacient? Deşi ţine de responsabilitatea voastră să evitaţi aceste probleme, de obicei vina nu vă aparţine. Adesea, aceste probleme reflectă disconfortul pacientului generat de situarea pe o poziţie de inferioritate.

Probleme de etică şi conduită profesională. Poate vă întrebaţi de ce un capitol introductiv despre anamneză include o secţiune de etică medicală. Impactul potenţial al comunicării medic-pacient necesită îndrumări mai complexe decât simţul nostru înnăscut al moralităţii.[67] *Etica* este reprezentată de un set de principii elaborate pe baza reflecţiei şi discuţiilor asupra definirii principiilor de bine şi rău. *Etica medicală,* care ne ghidează comportamentul profesional, nu este nici statică nici simplă, deşi există câteva principii care transcend timpurile. Cu toate că în majoritatea situaţiilor, bunul simţ şi definiţiile personale pentru ceea ce este bine şi ce este rău vor fi suficiente, vă veţi confrunta (chiar şi ca student) şi cu decizii care necesită aplicarea principiilor eticii.

Mai jos sunt enunţate câteva dintre normele şi principiile fundamentale care se aplică în profesiile medicale. Această parte a eticii se numeşte *"principialitate"*. Pe măsură ce domeniul eticii medicale se dezvoltă, intră în joc şi alte sisteme etice: *utilitarismul*, sau oferirea de avantaje maxime pentru un număr maxim de indivizi, bazat pe lucrările lui John Stuart Mill; *etica feministă*, care dezvoltă problemele legate de marginalizarea grupurilor sociale; *cazuistica*, sau analiza unor cazuri anterioare particulare, paradigmatice, cu caracter relevant; şi *comunitarismul*, care pune un accent mai mare pe interesul comunităţilor şi societăţilor faţă de cel al individului, şi pe responsabilităţile de ordin social care au ca substrat nevoia de a menţine instituţiile societăţii civile.[68]

PRINCIPIILE ETICII PROFESIONALE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- ***Primum non nocere sau non-maleficence (a nu face rău)*** este principiul conform căruia "Înainte de toate, să nu faci rău". În contextul anamnezei, oferirea de informaţii incorecte sau care nu au legătură cu boala pacientului poate fi dăunătoare. Acelaşi efect nefast îl poate avea evitarea subiectelor relevante sau crearea unor obstacole în calea comunicării.
- ***Beneficence (a face bine)*** este un principiu conform căruia medicul trebuie să "facă bine" pacientului. Acţiunile medicului trebuie să fie în interesul pacientului şi motivate de binele acestuia.
- ***Autonomia*** este principiul care ne reaminteşte că pacienţii au dreptul de a stabili ce consideră a fi binele propriu. Acest principiu a devenit tot mai important de-a lungul timpului şi reflectă mai degrabă relaţia medic-pacient bazată pe colaborare, decât cea de tip autoritar-paternal.
- ***Confidenţialitatea*** poate fi unul dintre cele mai provocatoare principii. Ca medic, aveţi obligaţia să nu divulgaţi ceea ce aţi aflat de la pacient sau ceea ce ştiţi despre el. Respectarea acestei reguli este esenţială pentru menţinerea profesionalismului în relaţia medic-pacient. În vârtejul cotidian al numeroaselor obligaţii dintr-un spital, este mult prea uşor să vă scape câte ceva. Trebuie să fiţi atent.

Ca student vă veţi confrunta cu unele probleme etice cu care veţi avea de-a face mai târziu, ca medic. Totuşi, există şi unele dileme specifice studenţilor, pe care le veţi întâlni la începutul carierei. Următoarele exemple surprind câteva situaţii de acest fel. Ele ridică numeroase probleme de ordin etic sau practic care se suprapun.

ETICA ȘI PROFESIONALISMUL: SCENARIUL 1

Sunteţi student la medicină în anul 3 şi aveţi primul stagiu clinic în spital. Seara târziu vi se repartizează în sfârşit un pacient pe care trebuie să îl consultaţi, urmând să prezentaţi ceea ce aţi aflat a doua zi de dimineaţă, la raportul de gardă. Mergeţi în salonul respectiv şi găsiţi pacientul extenuat de evenimentele zilei şi pregătindu-se de culcare. Ştiţi că medicul rezident şi medicul specialist curant şi-au făcut deja propriile evaluări. Începeţi o anamneză şi un examen clinic obiectiv care vor dura probabil în jur de 1-2 ore? Au acestea ca unic scop desăvârşirea educaţiei voastre? Cereţi permisiunea pacientului înainte de a începe? Ce includeţi?

Această situaţie reflectă conflictul între *necesitatea de a învăţa practicând* şi *principiul de a nu face rău pacientului*. Există un principiu etic de utilitarism care ne reaminteşte că dacă medicii aflaţi în curs de pregătire nu învaţă, în viitor nu va exista personal specializat. Totuşi, acesta se află în evident conflict cu principiul de a nu face rău şi de a avea ca prioritate binele pacientului. În activitatea unui student, această dilemă apare frecvent.

Obţinerea *consimţământului informat* este metoda de rezolvare a acestei dileme etice. Întotdeauna este important să vă asiguraţi că pacientul înţelege că sunteţi în curs de pregătire şi la începutul carierei clinice. Este impresionant cât de des pacienţii sunt dornici de a le permite studenţilor să se implice în îngrijirea lor. Aceasta este o ocazie prin care pacientul poate răsplăti eforturile celor care se ocupă de îngrijirea sa. Chiar şi atunci când gesturile clinice par a avea un scop pur educaţional, pacientul poate avea de câştigat de pe urma lor. Mai multe persoane implicate în îngrijirea lui înseamnă un număr mai mare de perspective, iar experienţa de a fi ascultat poate avea în sine valoare terapeutică.

ETICA ȘI PROFESIONALISMUL: SCENARIUL 2

Este ora 10 p.m. şi împreună cu medicul rezident sunteţi pe cale de a completa formularul cu directive anticipative în cazul unui pacient vârstnic, debilitat, care a fost internat în cursul aceleiaşi zile cu pneumonie bilaterală. Formularul, care include şi o secţiune de informaţii referitoare la dorinţa de a nu fi resuscitat (Ordin de Neresuscitare), trebuie completat înainte ca echipa medicală să îşi încheie ziua de lucru. Chiar atunci, rezidentul este chemat să acorde îngrijiri medicale de urgenţă şi vă cere să vă întâlniţi cu pacientul pentru a completa formularul respectiv, rezidentul urmând să semneze formularul mai târziu. În primul an de facultate aţi avut un curs cu privire la acest tip de formulare şi la discuţiile referitoare la stadiile terminale ale bolilor, însă nu aţi asistat niciodată la o astfel de discuţie purtată între medic şi pacient. Încă nu aţi întâlnit pacientul, şi nu aţi apucat să vă uitaţi pe formular. Ce ar trebui să faceţi? Îi spuneţi rezidentului că nu aţi mai făcut niciodată aşa ceva şi nici nu aţi văzut cum se procedează? Este necesar să îi spuneţi pacientului că este pentru prima dată când discutaţi despre aşa ceva? Cine ar trebui să decidă dacă sunteţi capabil să faceţi asta pe cont propriu?

În această situaţie, vi se cere să vă asumaţi responsabilităţi clinice care depăşesc nivelul de confort personal şi, posibil, competenţa. Se poate întâmpla în numeroase

situaţii, de exemplu atunci când vi se cere să evaluaţi o situaţie clinică fără informaţii suficiente, sau să recoltaţi sânge ori să montaţi o perfuzie intravenoasă înainte de a fi exersat manevra sub supraveghere. Pentru pacientul din scenariul 2, vă preocupă mai multe gânduri: "pacientul trebuie să completeze acest formular înainte de a se culca, deci are de câştigat"; "riscul la care este supus pacientul purtând această discuţie cu mine este minim"; "mă pricep destul de bine să interacţionez cu pacienţii vârstnici şi cred că m-aş descurca"; "dar dacă pacientul intră în stop cardio-respirator chiar la noapte şi voi fi responsabil de ce se întâmplă?"; "dacă deranjez rezidentul acum, se va enerva şi asta mi-ar putea influenţa evaluarea". Situaţiile care ne aduc aproape de limitele propriei cunoaşteri au o valoare educaţională, ajutându-ne să învăţăm cum să rezolvăm probleme şi să câştigăm încredere în forţele proprii. Însă care este ieşirea corectă din această situaţie?

Principiile enunţate mai devreme contribuie numai parţial la clarificarea acestei situaţii deoarece doar o parte din dilemă se referă la relaţia cu pacientul. Mare parte din tensiunea rezultată se datorează dinamicii relaţiilor din cadrul echipei medicale şi rolului vostru în cadrul echipei. Sunteţi acolo pentru a contribui la eforturile echipei, însă obiectivul vostru primordial este de a învăţa. Formulările actuale ale eticii medicale includ şi aceste tipuri de probleme, şi nu numai. Un exemplu în acest sens sunt Principiile Tavistock.[69] Acestea creează un cadru de lucru pentru situaţiile din practica clinică care depăşesc simpla acordare de îngrijiri direct pacientului, şi ajung la alegeri complicate care implică interacţiunile din cadrul echipei medicale şi distribuţia resurselor în scopul binelui societăţii. În 1998, un grup reprezentativ de specialişti a organizat o întâlnire de lucru în Tavistock Square din Londra, în urma căreia a fost elaborat un document referitor la principiile etice care reglează comportamentul în cursul acordării de îngrijiri medicale în toate specialităţile, atât pentru indivizi cât şi pentru instituţii. Mai jos sunt prezentate principiile Tavistock.

PRINCIPIILE TAVISTOCK

Drepturi: Oamenii au dreptul la sănătate şi dreptul de primi îngrijiri medicale.

Echilibru: Grija pentru individ este preocuparea centrală, dar sănătatea populaţiei este de asemenea importantă şi avută în vedere.

Multilateralitate: Pe lângă tratarea bolilor, avem obligaţia de a uşura suferinţa, de a reduce la minim dizabilitatea, de a preveni apariţia bolilor şi de a promova sănătatea.

Cooperare: Acordarea de îngrijiri medicale este încununată de succes doar în condiţiile cooperării cu cei pe care îi ajutăm şi cu alte persoane implicate.

Perfecţionare: Procesul de îmbunătăţire a serviciilor medicale este o responsabilitate serioasă şi permanentă.

Siguranţă: Nu face rău.

Transparenţă: A fi deschis, onest şi demn de încredere este esenţial în procesul terapeutic.

Pentru cel de-al doilea scenariu, meditaţi asupra principiilor de *transparenţă şi cooperare*, dar şi la menţinerea echilibrului între *a nu face rău* şi *a face bine*. Pentru a ajuta pacientul, trebuie să colaboraţi cu restul echipei medicale într-o manieră onestă şi demnă de încredere. Veţi observa că în astfel de situaţii nu există răspunsuri uşoare sau clare. Ce soluţii puteţi identifica pentru situaţiile prezentate şi pentru alte situaţii?

Trebuie să reflectaţi asupra propriilor convingeri şi să vă evaluaţi nivelul de confort într-o situaţie dată. Uneori există soluţii alternative. De exemplu, în

Scenariul 1, poate că pacientul doreşte să fie consultat la acea oră înaintată, sau poate că puteţi negocia un moment mai potrivit în cursul dimineţii. În Scenariul 2, aţi putea identifica o altă persoană care este mai calificată pentru completarea formularului sau pentru a vă supraveghea în timp ce îl completaţi chiar voi. Sau puteţi opta pentru a completa formularul după ce aţi comunicat pacientului lipsa voastră de experienţă şi aţi obţinut consimţământul acestuia. Va trebui de asemenea să alegeţi situaţiile în care este necesar să vă exprimaţi temerile sau rezervele, chiar cu riscul primirii unei evaluări negative din partea îndrumătorului.

Învăţaţi cum să vă exprimaţi rezervele în aşa fel încât afirmaţiile pe care le faceţi să fie luate în considerare. Ca student, veţi avea nevoie de un cadru în care să puteţi discuta aceste dileme etice cu alţi studenţi, cu rezidenţi sau cu cadre didactice. Grupurile de discuţii reprezintă cadrul cel mai potrivit în vederea clarificării acestor probleme. Profitaţi de existenţa lor, pe cât posibil.

ETICA ȘI PROFESIONALISMUL: SCENARIUL 3

Sunteţi student şi faceţi parte din echipa medicală care s-a ocupat de îngrijirea dnei Robbins, o pacientă în vârstă de 64 de ani internată în vederea evaluării unei scăderi ponderale asociate cu astenie. Pe durata internării, alături de alte investigaţii, s-a efectuat biopsia unei formaţiuni din torace. Aţi petrecut mult timp cu pacienta, timp în care aţi efectuat anamneza, i-aţi răspuns la întrebări, i-aţi explicat procedurile şi aţi cules informaţii despre ea şi familia sa, astfel încât aţi ajuns să o cunoaşteţi destul de bine. Aţi discutat despre temerile ei legate de ce „vor găsi" şi stiţi că îşi doreşte să cunoască tot ce se poate despre starea sa de sănătate. Aţi auzit-o chiar exprimându-şi frustrarea faţă de medicul curant de la care nu avea întotdeauna impresia că află „toată povestea". Este vineri seara, dar i-aţi promis dnei Robbins că veţi mai trece o dată pe la ea înainte de începutul weekendului pentru a îi comunica dacă au venit rezultatele biopsiei. Chiar înainte de a intra în salonul ei, rezidentul vă spune că a venit buletinul histopatologic şi acesta indică prezenţa unui cancer metastatic, dar medicul curant nu vrea ca pacienta să afle nimic până luni, când revine la lucru.

Ce veţi face? Simţiţi că nu este bine să evitaţi situaţia renunţând să intraţi în salon. De asemenea, consideraţi că pacienta ar prefera să afle atunci, şi nu să aştepte încă trei zile. Totuşi, nu vreţi să treceţi peste instrucţiunile clare ale medicului curant pentru că nu vi se pare corect, dar şi pentru că doamna în cauză este pacienta lui.

În această situaţie, varianta în care îi comunicaţi pacientei rezultatul de la biopsie corespunde mai multor principii etice: binele pacientului, autonomia şi propria voastră integritate. Cealaltă faţetă a dilemei etice priveşte comunicarea intenţiilor voastre superiorilor. Adeseori aceste situaţii dilematice vă testează voinţa şi determinarea de a pune în practică ceea ce este corect. Deşi poate părea o situaţie din care toată lumea are de pierdut, o discuţie respectuoasă şi onestă cu superiorul, în cursul căreia să precizaţi care consideraţi că este binele pacientului, va fi de obicei luată în considerare. Cereţi sprijinul rezidentului sau al altor membri ai echipei medicale, dacă se poate. Gestionarea discuţiilor dificile se va dovedi a fi o deprindere utilă în cariera voastră.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Cohen-Cole SA. The Medical Interview: The Three Function Approach. St. Louis: MosbyYear Book, 1991.
2. Bird J, Cohen-Cole SA. The three function model of the medical interview. Adv Psychosom Med 20:65–88, 1990.
3. Lazare A, Putnam SM, Lipkin M Jr. Three functions of the medical interview. In: Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, et al, eds. The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer-Verlag, 1995.
4. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. In Lipkin M Jr, Putnam SM, et al, eds. The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer-Verlag:32, 1995.
5. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connectional dimension of medical care. Ann Intern Med 108(1):25–130, 1988.
6. Hastings C. The lived experiences of the illness: making contact with the patient. In: Benne P, Wrubel J, eds. The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness. Menlo Park CA: Addison-Wesley, 1989.
7. Wagner EH, Austin BT, Korff MV. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q 74(4):511–544, 1996.
8. Epstein RM. Mindful practice. JAMA 282(9):833–839, 1999.
9. Balint M. The Doctor, His Patient and the Illness. 2nd ed. New York: International Universities Press, 1964.
10. Ventres W, Kooienga S, Vuvkovic N, et al. Physicians, patients and the electronic health record: an ethnographic analysis. Ann Fam Med 4(2):124–131, 2006.
11. Conant EB. Addressing patients by their first names. N Engl J Med 308(4):226, 1998.
12. Heller ME. Addressing patients by their first names. N Engl J Med 308(18):1107, 1987.
13. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, et al. "Tell me about yourself": the patient-centered interview. Ann Int Med 134(11): 1079–1085, 2001.
14. Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. Ann Intern Med 103(4):606–611, 1985.
15. Bass LW, Cohen RL. Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission. Pediatrics 70(6):870–874, 1982.
16. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101(4):692–696, 1984.
17. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way...:" the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med 9(1):24–28, 1994.
18. Smith RC. Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
19. Von Korff M, Shapiro S, Burke JD, et al. Anxiety and depression in a primary care clinic. Arch Gen Psychiatry 44(2):152–156, 1987.
20. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses: a call for active listening. Arch Fam Med 9(3):222–227, 2000.
21. Brown JB, Weston W, Stewart M. Patient-centered interviewing part II: finding common ground. Can Fam Physician 35:153–157, 1989.
22. Neighbour R. The Inner Consultation: How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style. Lancaster, England: MTP Press Ltd.:164–178, 1987.
23. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. Ann Intern Med 88(2):251–258, 1978.
24. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, et al. The effectiveness of an intensive teaching experience for residents in interviewing: a randomized controlled study. Ann Intern Med 128(2):118–126, 1998.
25. Miller WM, Rollnick S. Motivational Interviewing–Preparing People for Change. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
26. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196(4286):126–129, 1977.
27. Engel GL, Morgan WL Jr. Interviewing the Patient. Philadelphia: WB Saunders, 1973.
28. Bayer–Fetzer Conference on physician–patient communication in medical education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med 76(4):390–393, 2001.
29. Stewart M. Questions about patient-centered care: answers from quantitative research. In: Stewart M, et al, eds. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Abington, UK: Radcliffe Medical Press: 263–268, 2003.
30. Coulehan JL, Block MR. The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice, 4th ed. Philadelphia: FA Davis Company, 2001.
31. Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A, et al (eds). The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer-Verlag, 1995.
32. Office for Civil Rights–HIPAA, U.S. Department of Health and Human Services. Available at: http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/. Accessed February 17, 2008.
33. Platt FW. Field Guide to the Difficult Patient Interview. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
34. Jacobs EA, Shephard DS, Suya JA, et al. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits in interpreter services. Am J Public Health 94(5):866–869, 2004.
35. Jacobs EA, Sadowski LS, Rathous PJ. The impact of enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction. J Gen Intern Med 22(suppl 2):306–311, 2007.
36. Hardt E, Jacobs EA, Chen A. Insights into the problems that language barriers may pose for the medical interview. J Gen Intern Med 21(12):1357–1358, 2006.
37. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, April 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/alcohol/alcomisrs.htm. Accessed February 18, 2008.
38. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA 264(19): 2511–2518, 1990.
39. Saitz R. Unhealthy alcohol use. N Engl J Med 352(67): 596–607, 2005.

40. Carni J, Farre M. Drug addiction. N Engl J Med 349(10): 975–986, 2003.
41. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. JAMA 259(1):51–54, 1988.
42. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 252(14):1905–1907, 1984.
43. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much. A clinician's guide. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm. Accessed February 18, 2008.
44. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert No. 62. Alcohol–an important issue in women's health. July 2004. Available at: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa62/aa62.htm. Accessed February 18, 2008.
45. Cocco KM, Carey KB. Psychometric properties of the drug abuse screening test in psychiatric outpatients. Psychol Assessment 10(4):408–414, 1998.
46. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, March 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/famviolence/famviolrs.htm. Accessed February 18, 2008.
47. Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, et al. "You're not the victim of domestic violence, are you?" Provider-patient communication about domestic violence. Ann Intern Med 147(9): 620–627, 2007.
48. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan, 1997.
49. Smedley BA, Stith AY, Nelson AR (eds). Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington DC: Institute of Medicine, 2003.
50. Agency for Healthcare Quality and Research. National Health Care Disparities Report 2006–Highlights. Available at: http://www.ahrq.gov/qual/nhdr06/nhdr06high.pdf. Accessed February 17, 2008.
51. Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services. National standards on culturally and linguistically appropriate services (CLAS). Available at: http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15. Accessed February 16, 2008.
52. Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services. National standards on culturally and linguistically appropriate health care. Executive summary. Available at: http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/executive.pdf. Accessed February 16, 2008.
53. Hunt LM. Beyond cultural competence. Park Ridge Bulletin 24:3–4, 2001. Available at: http://www.parkridgecenter.org/Page1882.html. Accessed February 16, 2008.
54. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, et al. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. Acad Med 82(6): 548–557, 2007.
55. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. J Health Care Poor Underserved 9(2):117–125, 1998.
56. Tervalon M. Components of culture in health for medical students' education. Acad Med 78(6):570–576, 2003.
57. Smith WR, Betancourt JR, Wynia MK, et al. Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care. Ann Intern Med 147(9):654–665, 2007.
58. National Center for Cultural Competence. Georgetown University Center for Child and Human Development. Available at: http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/index.html. Accessed February 16, 2008. See also: Tools and Processes for Self Assessment. Available at: http://www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/foundations/assessment.html. Accessed February 16, 2008
59. Jacobs EA, Kohrman C, Lemon M, et al. Teaching physicians-in-training to address racial disparities in health: a community-hospital partnership. Public Health Rep 18(4):349–356, 2003.
60. Juarez JA, Marvel K, Brezinski KL, et al. Bridging the gap: a curriculum to teach residents cultural humility. Fam Med 38(2):97–102, 2006.
61. Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services. Think cultural health: bridging the health care gap through cultural competency continuing education programs. Available at: http://www.thinkculturalhealth.org/. Accessed February 16, 2008.
62. National Consortium for Multicultural Education for Health Professionals. Available at: http://culturalmeded.stanford.edu/. Accessed February 17, 2008.
63. Jacobs EA, Rolle I, Ferrans CE, et al. Understanding African Americans' views of the trustworthiness of physicians. J Gen Intern Med 21(6):642–647, 2006.
64. Committee on Ethics, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 373. Sexual misconduct. Obstet Gynecol 110(2 Pt 1):441–444, 2007.
65. Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. JAMA 273(18):1445–1449, 1995.
66. Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association: sexual misconduct in the practice of medicine. JAMA 266(19):2741–2745, 1991.
67. ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 136(3): 243–246, 2002.
68. Giordano J. The ethics of interventional pain management: basic concepts and theories: problems and practice. Presentation at: Texas Tech University Health Sciences Center, February 15, 2008, Lubbock, TX.
69. Berwick D, Davidoff F, Hiatt H, et al. Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care. Brit Med J 323(7313):616–619, 2001.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Dezvoltarea unei relații cu pacientul: tehnicile unei anamneze experimentate

Billings JA, Stoeckle JD. The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Case Presentation, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1999.

Côté L, Leclère H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. Acad Med 75(11):1117–1124, 2000.

Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. Ann Intern Med 116(5):414–418, 1993.

Frankel RM, Quill TE, McDanial SH. The biopsychosocial approach: past, present, and future. Rochester, NY: University of Rochester Press, 2003.

Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine, 2nd ed. Oxford, San Francisco: Radcliffe Publishers, 2005.

McAulay V. The changing doctor–patient relationship: diagnoses are made from careful history and examination. BMJ 320 (7238):873–874, 2000.

Adaptarea anamnezei la situații specifice

Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/ Technology Assessment No. 87. Literacy and Health Outcomes. January 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf. Accessed June 8, 2008.

Americans with Disabilities Act Home Page, U.S. Department of Justice. Available at http://www.ada.gov/#Anchor-47857. Accessed June 7, 2008.

Barnett S. Cross-cultural communication with patients who use American sign language. Fam Med 34(5):376–382, 2002.

Grantmakers in Health: In the right words: addressing language and culture in providing health care. Issues in Brief 18:1–54, 2003.

Iezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, et al. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. Ann Intern Med 140(5):356–362, 2004.

Marcus EN. The silent epidemic—the health effects of illiteracy. N Engl J Med 355(4):339–341, 2006.

McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, et al. Family-Oriented Primary Care, 2nd ed. New York: Springer, 2005.

Putsch RW. Cross-cultural communication: the special case of interpreters in health care. JAMA 254(23):3344–3348, 1985.

Rivadeneyra R, Elderkin-Thompson V, Silver RC, et al. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. Am J Med 108(6):470–474, 2000.

Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, et al. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. Am J Health Behav 31(Suppl. 1):S96–104, 2007.

Subiecte sensibile care necesită abordări speciale

Cochran SD, Mays VM. Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. Am J Public Health 97(11):2048–2055, 2007.

End of Life/Palliative Education Resource Center. Available at: http://www.eperc.mcw.edu/index.htm. Accessed June 8, 2008.

Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med 160(13):1977–1989, 2000.

Lee R. Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. West J Med 172(6):403–408, 2000.

Marlatt GA, Donovan DM. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.

Rastegar DA, Fingerhood MI. Addiction Medicine: An Evidence-based Handbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Vandemark LM, Mueller M. Mental health after sexual violence: the role of behavioral and demographic risk factors. Nurs Res 57(3):175–181, 2008.

Aspecte sociale ale anamnezei

Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. Ann Intern Med 130:829–834, 1999.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Sexual misconduct in the practice of medicine. JAMA 266(19):2741–2745, 1991.

Doyal L. Closing the gap between professional teaching and practice. BMJ 322(7288):685–686, 2001.

Enbom JA, Parshley P, Kollath J. A follow-up evaluation of sexual misconduct complaints: the Oregon Board of Medical Examiners, 1998 through 2002. Am J Obstet Gynecol 190(6): 1642–1650; discussion, 1650–1653; 6A, 2004.

Fadiman A. The Spirit Catches You and You All Fall Down. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1997.

Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician–patient relationship. JAMA 273(18):1445–1449, 1995.

Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 136(3):243–246, 2002.

Lo B. Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med 76(4):390–393, 2001.

Robinson GE, Stewart DE. A curriculum on physician–patient sexual misconduct and teac her–learner mistreatment. Part 1: Content. Can Med Assoc J 154(1):643–649, 1996.

Colecția Bates vă oferă aceste resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

Examenul clinic obiectiv

2

CAPITOLUL 11
Abdomenul

CAPITOLUL 12
Sistemul vascular periferic

CAPITOLUL 13
Aparatul genital masculin şi herniile

CAPITOLUL 14
Aparatul genital feminin

CAPITOLUL 15
Anusul, rectul şi prostata

CAPITOLUL 16
Sistemul musculoscheletic

CAPITOLUL 17
Sistemul nervos

CAPITOLUL 4

Inițierea examenului clinic: evaluarea stării generale, semnele vitale și durerea

Odată ce ați înțeles motivul prezentării pacientului la medic și ați efectuat o anamneză riguroasă, puteți începe examenul clinic. La început s-ar putea să fiți nesigur asupra felului în care pacientul se raportează la dumneavoastră. În timp, practica repetată vă va îmbunătăți metoda de examinare clinică și veți dobândi încredere. Cu ajutorul studiului și al repetiției, examenul clinic se va transforma treptat într-un automatism, ceea ce vă va permite canalizarea atenției către ceea ce auziți, vedeți și simțiți. Atingerea corpului pacientului va deveni un gest natural și veți învăța să reduceți la maximum orice disconfort pe care l-ar putea simți pacientul. Deși la început veți efectua un examen clinic general în 1-2 ore, curând, pe măsură ce veți câștiga experiență, această perioadă de timp se va reduce și veți deveni mai eficient.



Acest capitol, restructurat pentru ediția de față, tratează *simptome frecvente sau alarmante* corelate cu starea generală de sănătate. Partea referitoare la *promovarea stării de sănătate și consiliere* cuprinde obiceiuri importante pentru un stil de viață sănătos – greutatea ideală și nutriția, exercițiul fizic, tensiunea arterială și regimul alimentar. Această secțiune oferă informații care pot fi utile în consilierea pacienților în legătură cu indicele de masă corporală (IMC), mai ales că supraponderalitatea și obezitatea reprezintă amenințări tot mai mari la adresa sănătății tuturor categoriilor de vârstă din populație. Celelalte secțiuni ale capitolului urmăresc secvența de desfășurare a etapelor care alcătuiesc vizita medicală.



- *Evaluarea stării generale* – aceasta începe încă din primele momente ale întâlnirii cu pacientul. Cum percepeți starea de sănătate aparentă a pacientului, conduita și expresia facială, nivelul igienei personale, postura și mersul? Înălțimea și greutatea, de obicei înregistrate înainte de intrarea pacientului în cabinet, adaugă detalii semnificative pentru evaluarea stării generale.

- *Semnele vitale* – acestea includ tensiunea arterială, frecvența cardiacă, frecvența respiratorie și temperatura, precum și raportarea acestor valori la intervalele normale.

- *Durerea, cel de-al cincilea semn vital* – ediția de față aduce informații noi cu privire la modul de evaluare a durerii, care este frecvent subdiagnosticată și reprezintă o preocupare majoră în cadrul îngrijirii medicale a pacienților în toate specialitățile.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Modificări ale greutăţii
- Fatigabilitate şi astenie
- Febră, frisoane, transpiraţii nocturne
- Durere

Modificări ale greutăţii. Acestea sunt consecinţa transformărilor care au loc la nivelul ţesuturilor sau al compartimentului lichidian al organismului. Întrebări potrivite pentru iniţierea discuţiei includ "Cât de des vă verificaţi greutatea?" "Cum este greutatea dumneavoastră comparativ cu cea de acum un an?". În cazul în care pacientul acuză variaţii ponderale, întrebaţi "De ce credeţi că a intervenit această schimbare?" "Ce greutate v-ar plăcea să aveţi?". Dacă scăderea sau creşterea ponderală constituie o problemă, puneţi întrebări despre amploarea schimbării, momentul şi circumstanţele apariţiei acesteia, şi despre orice simptome asociate.

Modificările rapide ale greutăţii, survenite în câteva zile, sugerează schimbări la nivelul compartimentului lichidian al corpului, şi nu la nivel tisular.

Creşterea ponderală apare atunci când aportul caloric depăşeşte consumul, şi în timp se manifestă prin creşterea cantităţii de ţesut adipos. Creşterea greutăţii poate reflecta de asemenea acumularea anormală de lichid în corp. Retenţia lichidiană relativ uşoară poate să nu fie evidentă, însă câteva kilograme de lichid se manifestă de obicei sub formă de *edem*.

Pentru pacientul supraponderal, de exemplu, încercaţi să identificaţi momentul în care a început creşterea în greutate. Era pacientul supraponderal şi în copilărie? Folosind repere temporale adecvate pentru vârsta pacientului, puneţi întrebări referitoare la greutatea pe care acesta a avut-o în următoarele momente evolutive: la naştere, la vârsta preşcolară, în liceu sau la absolvirea facultăţii, la terminarea serviciului militar, când s-a căsătorit, după fiecare sarcină, la menopauză şi după pensionare. Care erau condiţiile de viaţă ale pacientului în perioadele de creştere ponderală? A încercat acesta să slăbească? În ce fel? Cu ce rezultate?

Scăderea ponderală este un simptom important cu etiologie variată. Mecanismul implicat poate include una sau mai multe din următoarele: scăderea aportului alimentar din diferite cauze, cum ar fi anorexia, disfagia, voma, alimente în cantitate insuficientă; tulburări de absorbţie a principiilor nutritive la nivelul tractului gastrointestinal; necesităţi metabolice crescute; pierderea de substanţe nutritive prin urină, scaun sau leziuni cutanate. Scăderea ponderală poate interveni şi la pacienţii cu retenţie lichidiană care se ameliorează sau răspunde la tratament.

Cauzele scăderii ponderale includ *boli gastrointestinale; afecţiuni de natură endocrină* (diabet zaharat, hipertiroidism, insuficienţă suprarenaliană); *infecţii cronice; neoplazii; insuficienţă cardiacă, pulmonară sau renală cronică; depresie; şi anorexie nervoasă sau bulimie* (vezi Planşa 4-1, Tulburări de alimentaţie şi indice de masă corporală extrem de scăzut, pag.128).

Încercaţi să aflaţi dacă scăderea ponderală este proporţională cu orice modificare a aportului alimentar sau dacă acesta a rămas constant, sau chiar a crescut.

Scăderea ponderală în condiţiile unui aport alimentar relativ crescut sugerează prezenţa *diabetului zaharat, a hipertiroidismului sau a unui sindrom de malabsorbţie.* Luaţi în calcul şi bulimia - episoade recurente de alimentare excesivă necontrolată asociate cu evacuarea clandestină a conţinutului gastric prin vomă.

Simptomele asociate cu scăderea ponderală sugerează adesea o cauză, ca şi un istoric psiho-social detaliat. Cine se ocupă cu prepararea şi achiziţionarea alimentelor care compun hrana pacientului? Unde mănâncă pacientul? Cu cine? Există vreo problemă legată de obţinerea, depozitarea, pregătirea sau mestecarea alimentelor? Există anumite alimente pe care pacientul le evită sau le consumă în cantităţi limitate din motive religioase, medicale, sau de altă natură?

Sărăcia, vârsta înaintată, izolarea socială, handicapul fizic, afecţiunile de ordin psiho-emoţional, edentaţia, protezele dentare, lucrările dentare nepotrivite, şi consumul de alcool sau droguri cresc probabilitatea malnutriţiei.

Pe parcursul efectuării anamnezei trebuie căutate posibile semne de malnutriţie. Simptomele pot fi subtile, cu caracter nespecific, de exemplu astenie, fatigabilitate, intoleranţă la frig, tegumente descuamate şi tumefierea articulaţiei gleznelor. Întocmirea unui istoric amănunţit al cantităţilor de alimente consumate şi al obiceiurilor alimentare este esenţială. Adresaţi întrebări generale referitoare la aportul alimentar în diferite momente ale zilei, de exemplu: "În ce constă de obicei prânzul dumneavoastră?". "Ce alimente consumaţi pe post de gustare?" "Când?"

Vezi Planşa 4-2, Monitorizarea în tulburările de nutriţie, pag. 129

Astenia şi fatigabilitatea. La fel ca şi scăderea ponderală, *astenia* este un simptom nespecific, care poate avea cauze multiple. Constă într-o senzaţie de istovire sau de pierdere a energiei, pe care pacientul o descrie în diferite feluri: "Nu-mi vine să mă ridic dimineaţa din pat"... "Nu am nici un pic de energie"..."Mă încearcă o senzaţie de sfârşeală" ... "Mă simt complet lipsit de puteri"... "De-abia reuşesc să duc ziua la bun sfârşit"... "Până ajung la serviciu mă simt deja ca după o zi de lucru". Deoarece astenia este un răspuns normal declanşat de munca excesivă, stresul susţinut, sau suferinţa emoţională intensă, încercaţi să identificaţi circumstanţele apariţiei acesteia. În cazul în care astenia nu este corelată cu astfel de situaţii, sunt necesare investigaţii suplimentare.

Astenia este un simptom frecvent al depresiei şi stării de anxietate, însă trebuie luate în considerare şi următoarele: *infecţii* (cum ar fi hepatita, mononucleoza infecţioasă şi tuberculoza); *afecţiuni endocrine* (hipotiroidismul, insuficienţa suprarenaliană, diabetul zaharat, insuficienţa adenohipofizară); *insuficienţa cardiacă; afecţiuni pulmonare, renale sau hepatice cu caracter cronic; dezechilibre electrolitice; anemie moderată până la severă; neoplazii; deficite nutriţionale; medicamente.*

Folosiţi întrebări care permit un răspuns liber formulat, pentru a putea studia caracteristicile stării de astenie a pacientului şi încurajaţi-l să descrie cât mai detaliat ceea ce simte. Adesea, un istoric psiho-social riguros, cercetarea obiceiurilor legate de somn şi examenul clinic obiectiv pot furniza indicii importante cu privire la etiologia stării de oboseală.

Fatigabilitatea este diferită de astenie. Prezenţa ei denotă o pierdere a forţei musculare şi va fi discutată alături de alte simptome neurologice (vezi pag. 665)

Fatigabilitatea, mai ales dacă urmează un model neuroanatomic, sugerează posibilitatea unei *neuropatii* sau a unei *miopatii.*

Febră, frisoane şi transpiraţii nocturne. *Febra* reprezintă o creştere anormală a temperaturii corporale (vezi p.120 pentru definirea valorilor normale). Puneţi întrebări referitoare la febră pacienţilor cu boli acute sau cronice. Aflaţi dacă pacientul a măsurat temperatura cu ajutorul unui termometru. Nu uitaţi că erorile tehnice pot duce la informaţii pe care nu vă puteţi baza. A avut pacientul o stare subfebrilă sau febrilă, sudoraţie excesivă, frison, sau a simţit senzaţie de frig? Încercaţi să diferenţiaţi senzaţia de *tremor* provocat de frig, cu caracter subiectiv, de *frisonul puternic* care cuprinde întregul corp şi se asociază cu ciocnirea ritmică şi involuntară a dinţilor.

Frisonul puternic recurent sugerează variaţii extreme ale temperaturii şi *bacteriemie* sistemică.

Senzaţia de frig, piloerecţia şi frisonul însoţesc creşterea temperaturii, în timp ce senzaţia de căldură excesivă şi sudoraţiile se asociază cu scăderea temperaturii. Variaţiile normale ale temperaturii corporale includ creşterea pe parcursul zilei şi scăderea în timpul nopţii. Atunci când aceste variaţii sunt accentuate de prezenţa febrei, apar *transpiraţiile nocturne*. Starea de rău, cefaleea, mialgiile şi artralgiile însoţesc frecvent febra.

Senzaţia de căldură excesivă şi transpiraţiile pot însoţi menopauza. Transpiraţiile nocturne apar în *tuberculoză* şi în *neoplazii.*

Febra poate avea numeroase cauze. Încercați să concentrați întrebările asupra momentului apariției bolii și simptomelor asociate, pentru a identifica tablourile clinice ale unor posibile boli infecțioase care ar putea să afecteze pacientul. Interesați-vă în legătură cu călătoriile efectuate, contactele cu alți bolnavi, sau alte tipuri neobișnuite de expunere. Nu uitați să adresați întrebări referitoare la tratamentele urmate, deoarece anumite medicamente pot determina apariția febrei. Pe de altă parte, ingestia recentă de aspirină, acetaminofen, corticosteroizi și antiinflamatoare nesteroidiene pot masca febra și influența valoarea temperaturii înregistrate cu ocazia examenului clinic.

Durerea. Durerea este unul dintre cele mai frecvente motive ale prezentării la medic. Anual, aproximativ 70 de milioane de americani declară prezența durerii persistente sau intermitente, adesea subinvestigată și insuficient tratată.[1-3] Adoptați o abordare cuprinzătoare a examenului clinic obiectiv și a managementului acestor cazuri. Datorită importanței durerii în contextul stării de bine a pacientului, acest subiect este tratat în detaliu într-o altă secțiune din acest capitol, care prezintă modul de abordare a pacienților cu dureri.

Vezi Durerea acută și cronică, pag. 121-124, în cadrul acestui capitol, pentru detalii suplimentare despre etiologia durerii și metodele de evaluare.

PROFILAXIE ȘI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Greutatea optimă, nutriția și regimul alimentar
- Exercițiul fizic

Greutatea optimă, nutriția și regimul alimentar. Mai puțin de jumătate din populația adultă a Statelor Unite reușește să mențină o greutate sănătoasă, cu un IMC mai mare sau egal cu 19, dar mai mic de 25. Incidența obezității a crescut în toate segmentele populaționale din SUA, indiferent de vârstă, sex, etnie sau nivel socioeconomic. În tabelul de mai jos puteți găsi date statistice îngrijorătoare referitoare la prevalența în creștere a obezității pe plan național și mondial.

Vezi Planșa 4-3, Factori de risc și afecțiuni asociate cu obezitatea, pag.130

Obezitatea – generalități pe scurt

- Peste 60% din populația adultă a Statelor Unite prezintă supraponderalitate sau obezitate (IMC >25).
- Peste 14% din copiii și adolescenții din Statele Unite sunt supraponderali.
- Inegalități referitoare la starea de sănătate: prevalența persoanelor supraponderale este mai ridicată în cadrul unor grupuri cu anumită etnie sau venituri:
  - Femei: 69% din totalul femeilor de culoare; 47% din totalul femeilor caucaziene
  - Femei: femeile cu un venit <130% din venitul minim prezintă o probabilitate cu 50% mai mare de a fi supraponderale comparativ cu cele cu venituri mai mari
  - Bărbați: 58% din totalul bărbaților de culoare; 62% din totalul bărbaților caucazieni
  - Adolescenți: prevalența maximă este înregistrată la băieții de origine mexicano-americană, fetele de origine afro-americană, băieții caucazieni din familiile cu venituri scăzute
- Supraponderalitatea și obezitatea determină creșterea riscului de cardiopatie, diferite neoplazii, diabet zaharat de tip II, atac vascular cerebral, artrită, apnee de somn și depresie.

(se continuă)

Obezitatea – generalităţi pe scurt (continuare)

- Peste 50% din pacienţii cu diabet zaharat non-insulino-dependent şi 20% din pacienţii cu hipertensiune sau hipercolesterolemie sunt supraponderali sau obezi.
- Prevalenţa obezităţii este în creştere în întreaga lume: deşi în ţările subdezvoltate sărăcia este asociată cu malnutriţia şi subponderalitatea, în ţările în curs de dezvoltare care adoptă stilul occidental de viaţă, sărăcia este asociată cu risc crescut de obezitate.
- Doar 42% din totalul populaţiei adulte obeze din Statele Unite declară că personalul medical le-ar fi recomandat să slăbească.

(Surse: Surgeon General, Departamentul de Sănătate şi Servicii Sociale din Statele Unite. Campania Surgeon General de prevenţie şi scădere a prevalenţei supraponderalităţii şi obezităţii. Supraponderalitatea şi obezitatea: privire rapidă. Disponibil la: http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_glance.htm. Accesat la data de 19 ianuarie 2008. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, et al. Monitorizarea şi managementul obezităţii la adulţi: rezumatul dovezilor puse la dispoziţia Serviciilor preventive din Statele Unite. Ann Intern Med 139(11):933-949, 2003; Hossain P, Kawar B, El Hahas M. Obezitatea şi diabetul în ţările aflate în curs de dezvoltare: o provocare continuă. N Engl J Med 356(3):213-215, 2007.)

Pentru a susţine pacientul în efortul de a atinge greutatea optimă şi de a găsi regimul nutriţional adecvat, adoptaţi metoda subliniată mai jos, ce presupune patru componente. Chiar şi o reducere de numai 5-10% a greutăţii poate determina ameliorarea hipertensiunii, nivelului lipidelor plasmatice, toleranţei la glucoză şi reducerea riscului de diabet sau hipertensiune.

SFATURI UTILE PENTRU ASIGURAREA GREUTĂŢII ŞI NUTRIŢIEI OPTIME

- Măsuraţi IMC şi circumferinţa taliei; identificaţi riscul de supraponderalitate şi obezitate.
- Identificaţi factorii suplimentari de risc pentru boala coronariană şi afecţiunile legate de obezitate.
- Evaluaţi aportul alimentar.
- Evaluaţi gradul de motivaţie al pacientului în ceea ce priveşte schimbarea; oferiţi consiliere referitoare la alimentaţie şi exerciţiul fizic.

Vezi Planşa 4-4, Obezitatea: modelul stadiilor schimbării şi evaluarea gradului de pregătire, pag. 131

Profitaţi de excelentele surse informaţionale referitoare la evaluarea şi consilierea pacienţilor disponibile în următoarele secţiuni. Reevaluaţi rolul greutăţii în cadrul creşterii prevalenţei *sindromului metabolic* (vezi pag. 344).

Vezi Planşa 4-3, Factori de risc pentru obezitate şi afecţiuni asociate pag. 130

Abordarea în funcţie de IMC. Clasificaţi IMC în conformitate cu ghidurile clinice naţionale din următorul tabel. Dacă valoarea IMC este *mai mare de 25*, evaluaţi pacientul pentru *factori de risc suplimentari* pentru boala cardiacă şi alte afecţiuni legate de obezitate: hipertensiune, nivel înalt al fracţiunii LDL a colesterolului, nivel scăzut al fracţiunii HDL a colesterolului, hipertrigliceridemie, hiperglicemie, istoric familial de cardiopatie precoce, lipsa exerciţiului fizic, fumatul. La pacienţii cu un IMC mai mare de 25 şi care prezintă doi sau mai mulţi factori de risc este necesară reducerea greutăţii, în special dacă circumferinţa la nivelul taliei este crescută.

● Clasificarea supraponderalităţii şi obezităţii în funcţie de IMC

	Clasa de obezitate	IMC (kg/m²)
Subponderalitate		<18.5
Greutate normală		18,5–24,9
Supraponderalitate		25,0–29,9
Obezitate	I	30,0–34,9
	II	35,0–39,9
Obezitate extremă	III	≥40

Sursa: Institutul Naţional de Sănătate şi Institutul Naţional pentru Boli Cardiace, Pulmonare şi Hematologice: Ghiduri Clinice pentru Identificarea, Evaluarea şi Tratamentul Supraponderalităţii şi Obezităţii la Adulţi: Raportarea dovezilor. NIH Publication 98-4083. Iunie 1998.)

Evaluarea aportului alimentar. Consilierea pacienţilor cu privire la regimul alimentar şi scăderea ponderală este importantă, în special în condiţiile în care presa promovează multiple tipuri de dietă, adesea contradictorii. Treceţi în revistă trei ghiduri excelente în vederea consilierii pacienţilor dumneavoastră:

Vezi Planşa 4-5, Regimul alimentar sănătos: Piramida alimentelor U.S.D.A., pag. 132

- Institutul Naţional de Sănătate şi Institutul Naţional pentru Boli Cardiace, Pulmonare şi Hematologice: Ghiduri Clinice pentru Identificarea, Evaluarea şi Tratamentul Supraponderalităţii şi Obezităţii la Adulţi. Material disponibil la: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm. Accesat la data de 19 ianuarie 2008.[7]

- Grupul de lucru al serviciilor preventive din Statele Unite. Monitorizarea obezităţii la adulţi: recomandări şi argumentare. Rockville MD. Agenţia pentru cercetare medicală şi calitate, noiembrie 2003. Material disponibil la: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.htm Accesat la data de 19 ianuarie 2008.[8]

- Departamentul de Sănătate şi Servicii Sociale din Statele Unite şi Departamentul de Agricultură din Statele Unite. Ghiduri de dietă pentru americani 2005. Material disponibil la: http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/pdf/DGA2005.pdf. Accesat la data de 19 ianuarie 2008.[9]

Recomandările privitoare la dietă depind de evaluarea motivaţiei pacientului şi a disponibilităţii acestuia de a slăbi, dar şi de prezenţa factorilor de risc individuali. *Ghidurile Clinice pentru Identificarea, Evaluarea şi Tratamentul Supraponderalităţii şi Obezităţii la Adulţi*[7] cuprind următoarele recomandări cu caracter general:

- O reducere cu 10% a greutăţii pe parcursul unei perioade de 6 luni, sau o scădere de 300 până la 500 kcal/zi, pentru un IMC cuprins între 27 şi 35

- Stabilirea obiectivului de a pierde 250 g până la 450 g săptămânal, deoarece o scădere ponderală mai rapidă nu duce la rezultate mai bune la 1 an.[8]

Aceste ghiduri recomandă regimurile alimentare hipocalorice, de 800 până la 1500 kcal pe zi. Intervenţiile terapeutice care asociază educaţia nutriţională, dieta, exerciţiul fizic moderat cu strategiile comportamentale au cele mai mari şanse de reuşită (vezi pag. 108). În *Ghidurile Clinice* sunt citate dovezi care susţin rolul exerciţiului fizic moderat în scăderea ponderală şi în schemele de menţinere a greutăţii: are rolul de a contribui la scăderea greutăţii şi menţinerea acesteia; ameliorează statusul cardiorespirator; şi poate duce la scăderea depozitelor de ţesut adipos abdominal.

Dacă IMC scade *sub 18,5* ţineţi cont de posibilitatea prezenţei anorexiei nervoase, a bulimiei sau a altor afecţiuni medicale. Aceste afecţiuni sunt redate pe scurt în Planşa 4-1, Tulburări de alimentaţie şi IMC extrem de scăzut, pag. 128 (vezi şi pag. 104-106 pentru promovarea stării de sănătate şi consilierea pacienţilor supraponderali sau obezi).

După evaluarea aportului alimentar, a stării de nutriţie şi a motivaţiei pentru adoptarea unui regim alimentar sănătos sau pentru scăderea ponderală, prezentaţi pacientului cele "nouă mesaje" din cadrul Ghidurilor de dietă pentru americani din 2005, enumerate şi adaptate mai jos.

Vezi Planşa 4-5, Regimul alimentar sănătos: Piramida alimentelor U.S.D.A., pag. 132

PROMOVAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A PACIENTULUI: NOUĂ MESAJE CHEIE[9]

- Consumaţi alimente cât mai variate care să includă grupele alimentare esenţiale şi încercaţi să vă încadraţi în nevoile energetice ale organismului.
- Controlaţi aportul caloric şi dimensiunea porţiilor pentru a putea influenţa greutatea corporală.
- Practicaţi exerciţiul fizic moderat timp de cel puţin 30 de minute zilnic, de exemplu mersul pe jos, cu o viteză de aproximativ 4-6 km pe oră.
- Măriţi aportul zilnic de fructe şi legume, cereale integrale şi lapte degresat sau cu conţinut redus de grăsime şi derivate din lapte.
- Alegeţi cu grijă grăsimile pe care le consumaţi, şi menţineţi un aport cât mai scăzut de grăsimi saturate, grăsimi *trans* (prezente în uleiurile vegetale parţial hidrogenate) şi colesterol.
- Alegeţi cu înţelepciune carbohidraţii pe care îi consumaţi – zaharuri, amidon şi fibre – pentru o stare cât mai bună a sănătăţii.
- Preparaţi alimentele şi mâncarea prin adăugarea unei cantităţi cât mai mici de sare.
- Dacă sunteţi consumator de băuturi alcoolice, practicaţi moderaţia.
- Asiguraţi-vă că alimentele pe care le consumaţi nu reprezintă un pericol pentru sănătate.

În dieta adolescentelor şi a femeilor aflate la vârsta fertilă trebuie crescut aportul de fier şi acid folic. Consiliaţi adulţii cu vârste peste 50 de ani să identifice alimentele bogate în vitamina B_{12} şi calciu. Sfătuiţi adulţii mai vârstnici şi pe cei cu tegumente închise la culoare sau cu expunere scăzută la soare să mărească aportul de vitamină D.

Vezi Planşa 4-6, Consilierea nutriţională: Surse de nutrienţi, pag. 133.

Tensiunea arterială şi dieta. În ceea ce priveşte tensiunea arterială, există dovezi solide care arată că exerciţiul fizic regulat şi frecvent, scăderea aportului de sodiu şi creşterea aportului de potasiu, alături de menţinerea unei greutăţi normale, reduc riscul de apariţie a hipertensiunii şi totodată duc la scăderea valorilor tensiunii arteriale la adulţii hipertensivi. Explicaţi pacienţilor că majoritatea sodiului din dietă provine din sare (clorura de sodiu). Doza zilnică recomandată (DZR) de sodiu este

Vezi Planşa 4-7, Pacienţii hipertensivi: Modificări dietetice recomandate, pag. 133.

mai mică de 2400 mg, echivalentul unei lingurițe, pe zi. Pacienții trebuie să parcurgă cu atenție etichetele alimentelor, în special secțiunea referitoare la lista ingredientelor. Alimentele sărace în sodiu sunt cele în compoziția cărora sodiul reprezintă mai puțin de 5% din DZR de 2400 mg. Pentru măsuri menite a reduce riscul de cardiopatie, vezi pag. 347.

Exercițiul fizic. Exercițiile de fitness sunt o componentă cheie atât a controlului greutății cât și a scăderii ponderale. Recomandările actuale includ 30 de minute de activitate fizică moderată pe zi în majoritatea zilelor săptămânii, de exemplu mersul pe jos o distanță de cca 3 km în 30 de minute sau un echivalent. Există metode simple de a crește cantitatea efortului fizic, de exemplu parcarea mașinii mai departe de locul de muncă, sau folosirea scărilor în locul liftului. În ceea ce privește scăderea ponderală, un obiectiv sigur ar fi 250g –1 kg pe săptămână.

Exercițiul fizic moderat și intens

Un adult cu greutate de 70 kg și înălțime de 155 cm va consuma numărul aproximativ de calorii redat mai jos pentru fiecare tip de activitate fizică. **Cei care au o greutate mai mare vor consuma mai multe calorii, iar cei care au o greutate mai mică vor utiliza mai puține calorii.** Valorile listate mai jos includ atât caloriile consumate în cadrul activității fizice cât și caloriile necesare funcționării normale a organismului.

	Numărul aproximativ de calorii consumate de un adult cu greutatea de 70 kg	
	Într-o oră	În 30 de minute
Exercițiu fizic moderat:		
Drumeții	370	185
Grădinărit, munca ușoară în gospodărie	330	165
Dans	330	165
Golf (mersul și transportatul croselor)	330	165
Ciclism (mai puțin de 16 km pe oră)	290	145
Mers pe jos (5½ km pe oră)	280	140
Exerciții ușoare cu greutăți	220	110
Întinderi	180	90
Exercițiu fizic intens:		
Alergat/jogging (8 km pe oră)	590	295
Ciclism (peste 16 km pe oră)	590	295
Înot (stilul liber, lent)	510	255
Gimnastică aerobică	480	240
Mers pe jos (7 km pe oră)	460	230
Muncă mai grea în gospodărie (de exemplu tăiatul lemnelor)	440	220
Ridicarea de greutăți (efort intens)	440	220
Baschet	440	220

Sursa: Departamentul de Agricultură din Statele Unite: în interiorul piramidei – caloriile consumate. Disponibil la: http://www.mypyramid.gov/pyramid/calories_used_table.html. Accesat la data de 23 ianuarie 2008.)

EVALUAREA STĂRII GENERALE

Evaluarea aspectului general al pacientului, a înălţimii şi greutăţii începe din primele momente ale întâlnirii cu acesta, însă observaţiile se vor cristaliza pe măsură ce efectuaţi examenul clinic. Cei mai buni clinicieni îşi amplifică permanent puterea de observaţie şi descriere, asemenea biologilor care identifică păsările după siluetele proiectate pe cer. Este important să măriţi acurateţea observaţiilor clinice asupra dispoziţiei, constituţiei şi comportamentului pacientului. Aceste detalii pot îmbogăţi şi aprofunda concluziile rezultate în urma examinării clinice. Un observator experimentat poate descrie trăsăturile distinctive ale stării generale a pacientului atât de sugestiv încât un coleg de-al său ar putea, pe baza acelei descrieri, să identifice pacientul dintr-o mulţime de străini.

Există factori numeroşi care contribuie la particularizarea habitusului pacientului – nivelul socio-economic, nutriţia, moştenirea genetică, condiţia fizică, dispoziţia sufletească, apariţia prematură a bolilor, sexul, regiunea geografică şi grupa de vârstă. Nu uitaţi că starea de nutriţie a pacientului poate afecta multe dintre caracteristicile pe care le observaţi în cursul *evaluării stării generale*: înălţimea şi greutatea, tensiunea arterială, postura, starea de atenţie şi dispoziţie, coloraţia facială, starea dentiţiei, limbii şi gingiilor, culoarea patului unghial şi masa musculară, pentru a aminti doar câteva dintre ele. Asiguraţi-vă că evaluarea înălţimii, greutăţii, IMC şi a riscului de obezitate fac parte din examenul clinic de rutină al pacienţilor dumneavoastră.

Acesta este momentul în care ar trebui să reevaluaţi observaţiile făcute în primele momente ale întâlnirii, rafinându-le cu ajutorul examenului clinic. V-a auzit pacientul atunci când l-aţi salutat în sala de aşteptare sau în camera unde efectuaţi examenul clinic? S-a ridicat uşor? Merge uşor sau ţeapăn? Dacă era internat în spital, ce activitate desfăşura atunci când v-aţi întâlnit pentru prima oară – se uita la televizor, în poziţie şezândă? ... sau era întins în pat? ...Ce se găsea pe noptiera sa? ....o revistă? ...un teanc de felicitări cu "însănătoşire grabnică"? ...o Biblie sau un rozariu? ...un recipient pentru vărsături? ...sau nimic? Fiecare dintre aceste observaţii ar trebui să ducă la emiterea unor ipoteze de luat în considerare în cursul evaluărilor viitoare.

ASPECTUL GENERAL

Starea de sănătate aparentă. Încercaţi să trageţi o concluzie pe baza observaţiilor făcute de-a lungul întâlnirii. Concluzia trebuie susţinută cu ajutorul detaliilor semnificative.

Boală acută sau cronică, aspect fragil, sau bine făcut şi robust.

Starea de conştienţă. Pacientul este treaz, alert, răspunde la stimulii din mediu, inclusiv la dumneavoastră? Dacă nu, evaluaţi imediat nivelul stării de conştienţă.

Vezi Capitolul 17, Sistemul nervos, Nivelul stării de conştienţă, pag. 706

Semne ale suferinței. De exemplu, pacientul prezintă vreuna din următoarele probleme?

- Probleme cardiace sau respiratorii

Senzația de constricție toracică, paloare, diaforeză; dispnee, wheezing, tuse.

- Durere

Tremor, transpirații, atitudine antalgică; grimasă; poziție neobișnuită favorizând un membru sau o anumită regiune a corpului.

- Stare de anxietate sau depresie

Facies anxios, mișcări nervoase, palme reci și umede; inexpresivitate, contact vizual slab, lentoare psihomotorie. Vezi Capitolul 5, Comportamentul și starea de sănătate mentală, pg. 147.

Culoarea tegumentelor și leziuni evidente. Vezi Capitolul 6, Tegumentul și fanerele, pentru detalii.

Paloare, cianoză, icter, erupții cutanate, echimoze.

Îmbrăcămintea, îngrijirea și igiena personală. Cum este îmbrăcat pacientul? Hainele sale sunt adecvate temperaturii atmosferice și condițiilor meteorologice? Este curat, cu nasturii încheiați și fermoarele trase? Cum apare el comparativ cu felul în care sunt îmbrăcați alți oameni de vârstă și clasă socială comparabile?

Îmbrăcămintea prea groasă ar putea reflecta intoleranța la frig din *hipotiroidism*, ar putea avea rolul de a ascunde erupții cutanate sau semne ale înțepăturilor de ace, sau ar putea semnala anumite particularități legate de stilul de viață.

Aruncați o privire și către încălțămintea pacientului. A fost cumva decupată? Șireturile sunt legate? Sau pacientul poartă papuci?

Pantofii care au zone decupate sau papucii ar putea indica prezența gutei, a unor procese inflamatorii la nivelul primei articulații metatarsofalangiene, sau a altor afecțiuni dureroase ale piciorului. Șireturile dezlegate sau papucii pot sugera prezența edemului.

Pacientul poartă vreo bijuterie neobișnuită? Unde? Are vreun piercing?

Brățările de cupru sunt uneori purtate de către persoanele cu *artrită*. Perforările de tip piercing pot fi prezente în orice parte a corpului.

Luați aminte la părul și unghiile pacientului, la utilizarea produselor cosmetice. Acestea pot oferi indicii cu privire la personalitatea, starea de spirit sau stilul de viață al pacientului. Lacul de unghii și vopseaua de păr care nu au mai fost reînnoite de mai mult timp pot semnifica pierderea interesului pentru îngrijirea propriei persoane.

Coafura și manichiura neglijate (părul nevopsit la timp, unghiile netăiate) vă pot ajuta să estimați durata bolii atunci când pacientul nu poate oferi informații în acest sens. Unghiile "roase până la carne" pot reflecta o stare de stres.

Igiena și îngrijirea personală par adecvate pentru vârsta, stilul de viață, ocupația și grupul socio-economic al pacientului? Bineînțeles, aceste date sunt foarte variabile.

Înfățișarea neîngrijită poate fi prezentă în *depresie* și *demență*, însă aceasta trebuie comparată cu starea uzuală a pacientului înainte de îmbolnăvire.

Expresia facială. Observaţi expresia feţei pacientului în stare de repaus, în timpul conversaţiei pe marginea subiectelor diverse, în timpul examenului fizic şi în interacţiunea cu ceilalţi. Urmăriţi contactul vizual direct. Se produce în mod natural? Este susţinut, fără clipit? Este rapid evitat? Este absent?

Privirea fixă din *hipertiroidism;* faciesul imobil din *parkinsonism;* faciesul trist sau inexpresiv din *depresie.* Contactul vizual limitat poate fi determinat de factori culturali sau poate sugera anxietate, teamă sau tristeţe.

Mirosul corpului şi halena. Mirosurile pot constitui indicii diagnostice importante, de exemplu mirosul fructat din diabet, sau mirosul de alcool. (Pentru mirosul de alcool, vezi chestionarul CAGE, pag. 84, ale cărui întrebări vă vor ajuta să identificaţi un potenţial abuz de alcool.)

Halena de alcool, de acetonă (în diabet), infecţii pulmonare, uremie sau insuficienţă hepatică.

Nu puneţi niciodată modificările stării de conştienţă sau tulburările neurologice exclusiv pe seama mirosului de alcool al respiraţiei pacientului.

Pacienţii cu alcoolism pot avea alte afecţiuni severe care ar putea fi tratate, cum sunt hipoglicemia, hematomul subdural sau statusul post-ictus.

Postura, mersul şi activitatea motorie. Care este poziţia preferată a pacientului?

Preferinţa pentru poziţia şezândă în *insuficienţa cardiacă stângă,* şi pentru poziţia aplecată înainte cu braţele încrucişate în *boala pulmonară obstructivă cronică.*

Pacientul este agitat sau liniştit? Cât de frecvent îşi schimbă poziţia? Cât de rapide sunt mişcările?

Mişcările rapide, dese, din *hipertiroidism;* activitatea încetinită din *hipotiroidism.*

Remarcaţi activitate motorie aparent involuntară? Există părţi ale corpului care sunt imobile? Care sunt acestea?

Tremor sau alte mişcări involuntare; paralizii. Vezi Planşa 17-4, Tremorul şi mişcările involuntare (pag. 720-721).

Pacientul merge uşor, confortabil, cu încredere, menţinându-şi echilibrul, sau remarcaţi vreun şchiopătat sau disconfort, teama de a nu cădea, dezechilibru sau alte tulburări motorii?

Vezi Planşa 17-10, Tulburări de mers şi postură (pag. 730).

Înălţimea. Dacă este posibil, măsuraţi înălţimea pacientului asigurându-vă că nu poartă altceva decât ciorapi. Pacientul este foarte scund sau foarte înalt? Este înalt şi subţire, atletic sau scund şi îndesat? Corpul este simetric? Observaţi proporţiile generale ale corpului şi căutaţi posibile deformări.

Statură foarte mică în *sindromul Turner,* insuficienţă renală în copilărie, *acondroplazie şi nanism hipofizar;* membre prea lungi raportat la dimensiunea trunchiului în hipogonadism şi *sindromul Marfan;* scăderea înălţimii în *osteoporoză* şi fracturile vertebrale cu compresie.

Greutatea. Pacientul este emaciat, subţire, dolofan, sau obez? Dacă este obez, cum este distribuit ţesutul adipos: uniform sau concentrat la nivelul trunchiului, toracelui superior sau la nivelul coapselor?

Distribuţie generalizată a ţesutului adipos în obezitatea simplă; adipozitate excesivă la nivelul trunchiului, cu membre relativ subţiri în *sindromul Cushing* şi *sindromul metabolic.*

De câte ori este posibil, cântăriţi pacientul descălţat de pantofi. Greutatea oferă un indiciu cu privire la aportul caloric, iar modificările survenite de-a lungul timpului cuprind alte date diagnostice valoroase. Nu uitaţi că modificarea greutăţii poate surveni atât ca o consecinţă a modificării fluidelor corporale, cât şi a ţesutului adipos sau masei musculare.

Câteva cauze ale scăderii ponderale: *neoplazii, diabet zaharat, hipertiroidism, infecţii cronice, depresie, diureză* şi diete eficiente.

Calcularea IMC. Folosiţi măsurătorile înălţimii şi greutăţii pentru a calcula *Indicele de masă corporală*, sau *IMC*. Ţesutul adipos constă în principal din trigliceride stocate la nivel subcutanat, inter-abdominal şi intramuscular, aceste depozite fiind dificil de măsurat în mod direct. Comparativ cu greutatea corporală, IMC include măsurători indirecte, dar mai exacte ale ţesutului adipos. Criteriile IMC pentru supraponderalitate şi obezitate au caracter flexibil, având rol de ghiduri în estimarea riscurilor crescute pentru sănătatea pacientului, riscuri ce rezultă atât din excesul ponderal cât şi din greutatea extrem de scăzută. La adulţii vârstnici există un risc disproporţionat pentru subnutriţie.

Standardele IMC provin din două sondaje: Sondajul de examinare a stării de sănătate la nivel naţional, cu trei cicluri de examinare între anii 1960 şi 1970, şi Sondajul de examinare a stării de sănătate şi nutriţie la nivel naţional, tot cu trei cicluri de examinare în perioada 1970-1990.

Există mai multe metode de calculare a IMC, redate în tabelul asociat. Alegeţi metoda care vi se potriveşte cel mai bine în practică. Institutul Naţional de Sănătate şi Institutul Naţional pentru Boli Cardiace, Pulmonare şi Hematologice atrag atenţia asupra faptului că indivizii cu masă musculară bine reprezentată pot avea un IMC ridicat, însă aceasta nu înseamnă că sunt mai puţin sănătoşi.[7] În mod similar, la persoanele cu masă musculară redusă şi stare de nutriţie precară, valoarea IMC poate părea, în mod inadecvat, ca fiind "normală".

Dacă IMC este mai mare sau egal cu 35, măsuraţi *circumferinţa* pacientului *la nivelul taliei*. Această măsurătoare se efectuează cu pacientul în ortostatism, imediat deasupra crestei iliace. Pacientul poate avea un exces de ţesut adipos dacă talia astfel măsurată este de:

- ≥ 89 cm pentru femei
- ≥ 102 cm pentru bărbaţi

Metode de calculare a Indicelui de masă corporală (IMC)

Unitatea de măsură	Metoda de calcul
Greutatea în *livre*, înălţimea în *inch*	(1) Tabelul valorilor IMC (vezi tabelul de mai jos)
	(2) $\dfrac{\left(\dfrac{\text{Greutatea (livre) x 700*}}{\text{Înălţimea (inch)}}\right)}{\text{Înălţimea (inch)}}$
Greutatea în *kilograme*, înălţimea în *metri pătraţi*	(3) $\dfrac{\text{Greutatea (kg)}}{\text{Înălţimea (m2)}}$
Oricare	(4) "Calculatorul BMI (IMC)" de pe pagina de internet www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm

* Mai multe organizaţii folosesc 704,5 însă variaţia IMC este neglijabilă. Formulele de transformare: 2,2 lbs = 1kg; 1,0 inch = 2,54 cm; 100 cm = 1 metru.

(Sursa: Institutul Naţional de Sănătate şi Institutul Naţional pentru Boli Cardiace, Pulmonare şi Hematologice: Calculatorul Indicelui de masă corporală. Disponibil la: www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm; Accesat la data de 22 ianuarie 2008.)

Tabelul valorilor Indicelui de masă corporală

	Normal						Supraponderal					Obez									
IMC	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Înălţimea (inch)	Greutatea (livre)																				
58	91	96	100	105	110	115	119	124	129	134	138	143	148	153	158	162	167	172	177	181	186
59	94	99	104	109	114	119	124	128	133	138	143	148	153	158	163	168	173	178	183	188	193
60	97	102	107	112	118	123	128	133	138	143	148	153	158	163	168	174	179	184	189	194	199
61	100	106	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	164	169	174	180	185	190	195	201	206
62	104	109	115	120	126	131	136	142	147	153	158	164	169	175	180	186	191	196	202	207	213
63	107	113	118	124	130	135	141	146	152	158	163	169	175	180	186	191	197	203	208	214	220
64	110	116	122	128	134	140	145	151	157	163	169	174	180	186	192	197	204	209	215	221	227
65	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	234
66	118	124	130	136	142	148	155	161	167	173	179	186	192	198	204	210	216	223	229	235	241
67	121	127	134	140	146	153	159	166	172	178	185	191	198	204	211	217	223	230	236	242	249
68	125	131	138	144	151	158	164	171	177	184	190	197	203	210	216	223	230	236	243	249	256
69	128	135	142	149	155	162	169	176	182	189	196	203	209	216	223	230	236	243	250	257	263
70	132	139	146	153	160	167	174	181	188	195	202	209	216	222	229	236	243	250	257	264	271
71	136	143	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	222	229	236	243	250	257	265	272	279
72	140	147	154	162	169	177	184	191	199	206	213	221	228	235	242	250	258	265	272	279	287
73	144	151	159	166	174	182	189	197	204	212	219	227	235	242	250	257	265	272	280	288	295
74	148	155	163	171	179	186	194	202	210	218	225	233	241	249	256	264	272	280	287	295	303
75	152	160	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	248	256	264	272	279	287	295	303	311
76	156	164	172	180	189	197	205	213	221	230	238	246	254	263	271	279	287	295	304	312	320

(Sursa: Adaptat după Institutul Naţional de Sănătate şi Institutul Naţional pentru Boli Cardiace, Pulmonare şi Hematologice: Ghiduri clinice pentru identificarea, evaluarea şi tratamentul supraponderalităţii şi obezităţii la adulţi: Raportarea dovezilor. Iunie 1998. Disponibil la: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/bmi_tbl.pdf. Accesat la data de 22 ianuarie 2008.)

Înălţimea şi greutatea de-a lungul vieţii. Înălţimea şi greutatea din copilărie şi adolescenţă pot reflecta numeroase modificări comportamentale, cognitive şi fiziologice caracteristice creşterii şi dezvoltării. Reperele temporale ale dezvoltării, care marchează puseele de creştere şi stadiile maturizării sexuale, sunt prezentate în Capitolul 18 - Evaluarea pacientului pediatric: din copilărie până în adolescenţă. Odată cu înaintarea în vârstă, unele dintre aceste schimbări devin reversibile, fenomen descris în Capitolul 20 - Adultul vârstnic. Înălţimea poate scădea, postura se poate modifica datorită cifozei toracice, iar mobilitatea articulară a genunchilor şi şoldurilor poate scădea. Musculatura abdominală poate deveni hipotonă, având ca efect modificarea conturului abdominal, iar ţesutul adipos se poate acumula la nivelul şoldurilor şi abdomenului inferior. Fiţi atenţi la aceste modificări atunci când evaluaţi pacienţi vârstnici.

SEMNELE VITALE

În acest moment sunteţi pregătiţi pentru evaluarea *semnelor vitale* – presiunea arterială, alura ventriculară, frecvenţa respiratorie şi temperatura corporală. Este posibil să constataţi că ele au fost deja măsurate şi înregistrate în foaia de observaţie; dacă au valori anormale, poate fi util să repetaţi voi înşivă măsurarea lor. De asemenea, puteţi efectua aceste măsurători şi mai târziu, cu ocazia examinării toracelui şi aparatului cardiovascular, însă ele oferă informaţii importante în stadiile iniţiale ale examenului clinic obiectiv, care influenţează examinarea.

Verificaţi mai întâi tensiunea arterială sau pulsul. Dacă valoarea tensiunii arteriale este mare, repetaţi măsurătoarea mai târziu, în timpul examenului clinic. Măsuraţi pulsul prin palparea arterei radiale cu ajutorul degetelor, sau măsuraţi alura ventriculară prin auscultaţie cu stetoscopul plasat la nivelul apexului cardiac. Continuaţi oricare dintre aceste două manevre, şi înregistraţi frecvenţa respiratorie fără a atenţiona pacientul – frecvenţa şi ritmul mişcărilor respiratorii se pot modifica dacă pacientul ştie că le înregistraţi. Temperatura este măsurată cu ajutorul unui termometru timpanic sau al unui termometru electronic. Paginile următoare cuprind detalii suplimentare referitoare la tehnicile de măsurare, care asigură acurateţea evaluării semnelor vitale.

Vezi Planşa 9-3, Anomalii ale pulsului arterial şi ale undelor presionale (pag. 377). Vezi Planşa 4-8, Anomalii ale frecvenţei şi ritmului respirator (pag. 134).

PRESIUNEA ARTERIALĂ

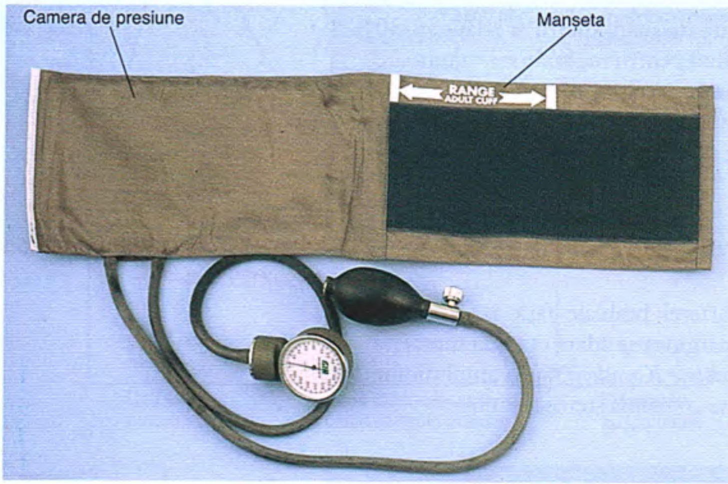
Alegerea manşetei tensiometrului (sfigmomanometrului). Peste 72 de milioane de americani prezintă valori crescute ale tensiunii arteriale.[10] Pentru a detecta creşterea valorilor tensiunii arteriale este esenţială folosirea unui instrument de măsură exact. Dispozitivele de măsurare a presiunii arteriale pot fi cu mercur, aneroide sau electronice, şi există protocoale internaţionale pentru verificarea acurateţei acestora.[11-13]

Nu vă grăbiţi atunci când alegeţi o manşetă de dimensiune potrivită pentru braţul pacientului. Ţineţi cont de ghidurile din pagina următoare şi consiliaţi pacienţii cu privire la alegerea manşetei ideale pentru utilizare la domiciliu. Recomandaţi pacienţilor să recalibreze de rutină dispozitivele pe care le folosesc la domiciliu.

Auto-monitorizarea tensiunii arteriale de către pacienţii corect instruiţi în acest sens ce folosesc instrumente aprobate ameliorează controlul tensiunii arteriale, mai ales când măsurătorile sunt realizate de două ori pe zi la nivelul braţului, cu dispozitive automate.[14-16]

ALEGEREA MANȘETEI ADECVATE A TENSIOMETRULUI

- Lăţimea camerei de presiune a tensiometrului trebuie să reprezinte aproximativ 40% din circumferinţa braţului (în medie 12-14 cm la adult).
- Lungimea camerei de presiune ar trebui să fie de aproximativ 80% din circumferinţa braţului (suficient de lungă pentru a înconjura braţul aproape complet).
- Manşeta standard este de 12 x 23 cm, fiind adecvată pentru o circumferinţă a braţului de până la 28 de cm.



Dacă manşeta este prea *mică* (îngustă) valoarea citită a tensiunii arteriale va fi mai *mare*; dacă manşeta este prea *mare* (largă) valoarea citită a tensiunii arteriale va fi mai *mică* pe un braţ mic şi mai *mare* pe un braţ mare.

Tehnici de măsurare a tensiunii arteriale.[17] Înainte de a evalua tensiunea arterială, respectaţi câţiva paşi care vor contribui la acurateţea măsurătorii. Este important ca metoda să fie corectă, pentru a reduce variabilitatea inerentă care ţine de pacient sau de examinator, de echipament şi de procedura în sine.

ETAPE PREMERGĂTOARE CARE ASIGURĂ ACURATEȚEA MĂSURĂRII TENSIUNII ARTERIALE

- Ideal ar fi să sfătuiţi pacientul să evite fumatul sau consumul de băuturi care conţin cafeină timp de cca 30 de minute înaintea măsurării tensiunii.
- Asiguraţi-vă că încăperea în care efectuaţi măsurarea este liniştită şi confortabilă din punct de vedere termic.
- Rugaţi pacientul să stea liniştit timp de cel puţin 5 minute, aşezat pe un scaun (mai degrabă decât pe masa de examinare), cu picioarele aşezate pe podea. Braţul trebuie să se fie susţinut la nivelul cordului.
- Asiguraţi-vă că braţul ales *nu este acoperit de haine* şi că nu există fistule arterio-venoase pentru dializă, cicatrici după secţionări anterioare ale arterei brahiale, sau semne de limfedem (întâlnit după disecţia grupurilor ganglionare axilare sau radioterapie).
- Palpaţi artera brahială pentru confirmarea prezenţei pulsului.
- Aşezaţi braţul astfel încât artera brahială, în dreptul crestei antecubitale, să fie *la nivelul cordului* – aproximativ în dreptul spaţiului 4 intercostal la joncţiunea cu sternul.
- Dacă pacientul este aşezat, sprijiniţi braţul acestuia de o masă situată puţin deasupra nivelului taliei sale; dacă pacientul stă în picioare, încercaţi să îi sprijiniţi braţul la nivel mediotoracic.

Dacă artera brahială se găseşte la 7-8 cm *sub* nivelul cordului, valoarea citită a tensiunii arteriale va fi cu aproximativ 6 cm mai mare; dacă artera brahială se găseşte la 6-7 cm *deasupra* nivelului cordului, valoarea citită va fi cu cca 5 cm mai mică.[18,19]

Acum sunteţi pregătiţi pentru a măsura tensiunea arterială.

- Centraţi camera de presiune în dreptul arterei brahiale. Marginea inferioară a manşetei ar trebui să fie la aproximativ 2,5 cm deasupra crestei antecubitale. Strângeţi bine manşeta. Aşezaţi braţul pacientului în semiflexie.

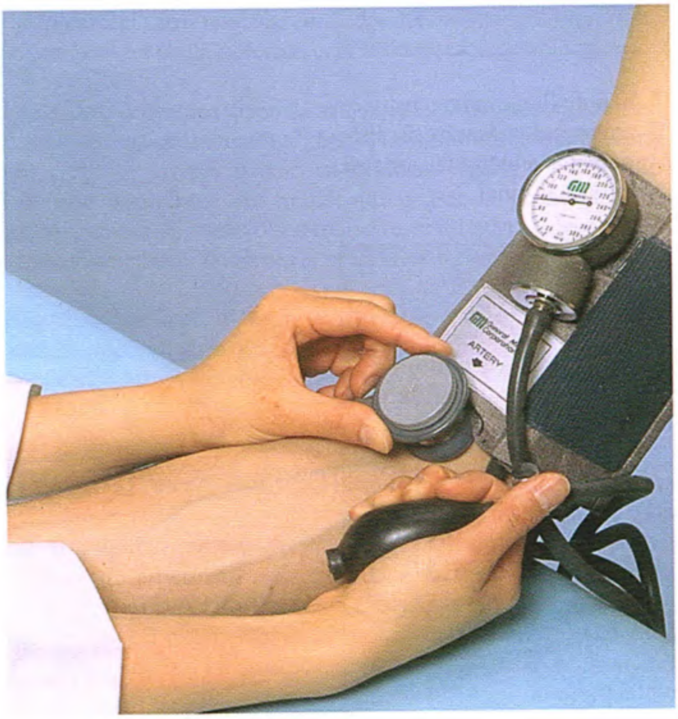
O manşetă largă sau o cameră de presiune care proemină în afara manşetei duc la citirea unor valori fals crescute.

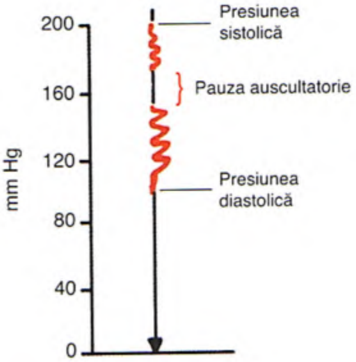
- Pentru a afla cât de mult trebuie să umflaţi manşeta, estimaţi mai întâi presiunea sistolică prin palpare. În timp ce simţiţi pulsul prin palparea arterei radiale cu degetele unei mâini, cu cealaltă umflaţi rapid manşeta până la dispariţia pulsului radial. Citiţi această valoare presională indicată de manometru şi adăugaţi 30 mmHg. Folosirea valorii obţinute ca valoare ţintă pentru măsurătorile ulterioare previne disconfortul implicat de atingerea unor presiuni prea mari la nivelul manşetei. De asemenea, previne erorile care apar ocazional ca urmare a *pauzei auscultatorii* – un interval de linişte care poate fi prezent între presiunea sistolică şi cea diastolică.

O pauză auscultatorie neidentificată poate duce la subestimări importante ale presiunii arteriale sistolice (150/98 în exemplul de mai jos) sau la supraestimarea presiunii diastolice.

- Dezumflaţi rapid şi complet manşeta şi aşteptaţi între 15 şi 30 de secunde.

- Apoi plasaţi capul stetoscopului deasupra arterei brahiale fără a exercita o presiune prea puternică, şi asigurându-vă că marginea sa aderă etanş la suprafaţa pielii. Sunetele care urmează a fi auzite, *zgomotele Korotkoff*, au o amplitudine relativ joasă, motiv pentru care se aud mai bine cu pâlnia stetoscopului.

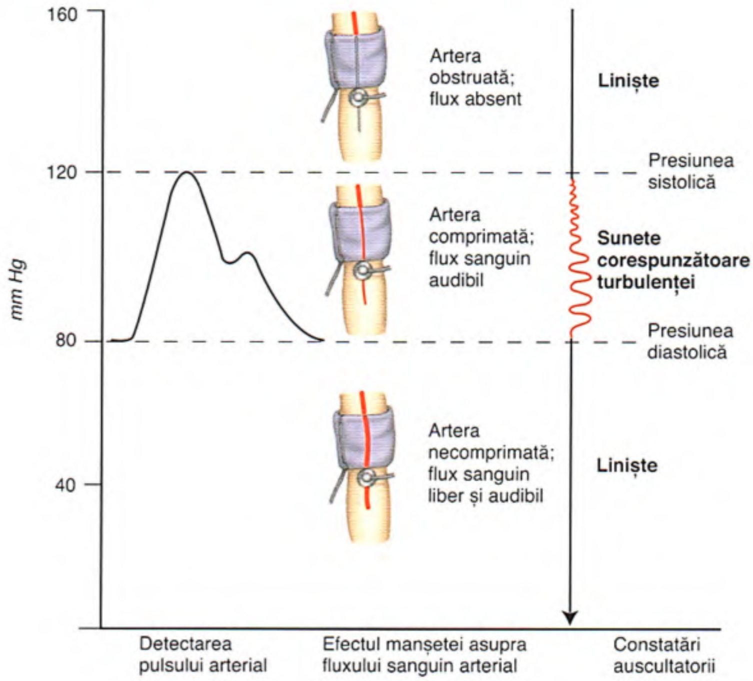




Dacă observaţi o pauză auscultatorie, înregistraţi exact constatările dumneavoastră (de exemplu, 200/98 cu o pauză auscultatorie între 170-150).

Pauza auscultatorie se asociază cu rigiditate arterială şi ateroscleroză.[20]

- Umflaţi rapid din nou manşeta până la nivelul pe care tocmai l-aţi determinat, iar apoi dezumflaţi-o lent cu un ritm aproximativ de 2-3 mmHg pe secundă. Notaţi nivelul la care auziţi sunetele corespunzătoare a cel puţin două bătăi consecutive. Aceasta este presiunea sistolică.



- Continuaţi să scădeţi lent presiunea până când sunetele încep să se audă înăbuşit şi apoi dispar. Pentru a confirma dispariţia sunetelor, ascultaţi în continuare până când presiunea mai scade cu încă 10-20 mmHg. Apoi dezumflaţi manşeta rapid până la zero. Punctul în care sunetele dispar, situat de obicei cu doar câţiva mmHg mai jos de punctul în care sunetele încep să se audă înăbuşit, oferă cea mai corectă estimare a valorii reale a presiunii diastolice la adult.

La unii pacienţi punctul în care zgomotele devin înăbuşite şi punctul de dispariţie a acestora sunt mai distanţate. Uneori, de exemplu în insuficienţa aortică, zgomotele nu dispar niciodată complet. Dacă diferenţa este ≥ 10 mmHg, înregistraţi ambele cifre (de exemplu 154/80/68).

- Citiţi valoarea sistolică şi diastolică la cea mai apropiată gradaţie de 2 mmHg. Aşteptaţi minim 2 minute, apoi repetaţi. Faceţi media valorilor citite. Dacă primele două valori citite diferă cu peste 5 mmHg de celelalte, efectuaţi măsurători suplimentare.

- Atunci când folosiţi un sfigmomanometru cu mercur menţineţi-l în poziţie verticală (cu excepţia cazului în care folosiţi un dispozitiv montat pe podea) şi efectuaţi toate citirile cu ochii aflaţi la acelaşi nivel cu meniscul. Atunci când utilizaţi un dispozitiv aneroid susţineţi cadranul astfel încât să fie cu faţa spre dumneavoastră. Evitaţi umflarea lentă sau repetată a manşetei, deoarece congestia venoasă consecutivă poate determina citirea unor valori false.

Congestia venoasă poate scădea amplitudinea sunetelor, ducând la citiri ale unor valori fals scăzute ale presiunii sistolice şi fals crescute ale presiunii diastolice.

- Presiunea arterială ar trebui măsurată la ambele braţe cel puţin o dată. Se acceptă ca fiind normală o diferenţă de presiune de 5 mmHg, uneori chiar de până la 10 mmHg. Citirile ulterioare ar trebui efectuate la nivelul braţului cu valoarea presională mai mare.

Diferenţa presională mai mare de 10-15 mmHg apare în *sindromul de furt al arterei subclavii* sau în *disecţia de aortă*.

Clasificarea presiunii arteriale normale şi anormale. În cadrul celui de-al şaptelea raport din 2003, Comitetul Naţional Reunit de Prevenţie, Depistare, Evaluare şi Tratament al Hipertensiunii Arteriale a recomandat utilizarea valorii

medii a două sau mai multe valori corect determinate ale presiunii arteriale în repaus, înregistrate cu ocazia a două sau mai multe consultaţii medicale, în vederea diagnosticării hipertensiunii arteriale.[17] Valoarea presiunii arteriale ar trebui controlată prin măsurarea la braţul controlateral.

Comitetul Naţional Reunit a identificat patru niveluri ale hipertensiunii sistolice şi diastolice. Ţineţi cont de faptul că oricare componentă poate fi crescută.

Evaluarea hipertensiunii include şi observarea efectelor acesteia asupra organelor ţintă – globii oculari, cordul, creierul şi rinichii. Căutaţi eventuale semne de retinopatie hipertensivă, hipertrofie ventriculară stângă şi deficite neurologice sugerând prezenţa unui accident vascular cerebral. Investigaţiile renale presupun un sumar de urină şi teste hematologice ale funcţiei renale.

Clasificarea JNCVII a tensiunii arteriale – adulţi cu vârsta peste 18 ani

Categorie	Presiunea sistolică (mmHg)	Presiunea diastolică (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensiune	120–139	80–89
Hipertensiune		
Stadiul I	140–159	90–99
Stadiul II	≥160	≥100

Ţineţi cont de faptul că valoarea presională ţintită în cazul pacienţilor cu hipertensiune, diabet sau boală renală este < 130/80.

Tratamentul *hipertensiunii sistolice izolate* la pacienţii cu vârsta ≥60 de ani reduce mortalitatea globală, precum şi mortalitatea şi complicaţiile determinate de afecţiunile cardiovasculare.[21,22]

Atunci când valorile sistolice şi diastolice se încadrează în categorii diferite, folosiţi pentru încadrare valoarea mai ridicată. De exemplu, 170/92 mmHg este o valoare presională care indică stadiul II de hipertensiune; 135/100 mmHg indică stadiul I de hipertensiune. În *hipertensiunea sistolică izolată*, presiunea arterială sistolică este ≥140 mmHg, iar valoarea diastolică este <90 mmHg.

Pacientul hipertensiv cu valori inegale ale presiunii sanguine la nivelul membrelor superioare şi inferioare. Pentru a depista coarctaţia de aortă, efectuaţi două măsurători suplimentare ale presiunii arteriale cel puţin o dată pentru fiecare pacient hipertensiv:

Coarctaţia de aortă apare prin îngustarea lumenului aortei toracice, fiind de obicei localizată proximal de artera subclavie stângă, sau uneori distal de aceasta.

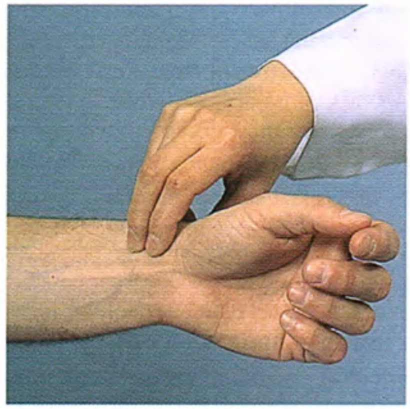
- Comparaţi valorile presiunii arteriale de la nivelul braţelor cu cele înregistrate la nivelul picioarelor.
- Comparaţi amplitudinea şi sincronizarea pulsului la artera radială cu cele corespunzătoare pulsului la artera femurală. În mod normal, amplitudinea este aceeaşi iar undele pulsului apar simultan.

Coarctaţia de aortă şi *boala aortică ocluzivă* au ca semne distinctive hipertensiunea la nivelul membrelor superioare care coexistă cu valori presionale scăzute la nivelul membrelor inferioare şi diminuarea sau întârzierea pulsului la artera femurală.[23]

Pentru a determina presiunea arterială la nivelul picioarelor, folosiţi o manşetă largă şi lungă care prezintă o cameră presională de 18 x 42 cm, pe care o aplicaţi în porţiunea mijlocie a coapsei. Centraţi camera presională la nivelul feţei posterioare, prindeţi-o bine şi auscultaţi la nivelul arterei poplitee. Pe cât posibil, pacientul ar trebui să fie în poziţie de pronaţie. Alternativ, solicitaţi pacientului aflat în decubit dorsal să flecteze uşor un picior, sprijinind călcâiul de pat. Atunci când se folosesc manşete cu dimensiuni adecvate atât pentru membrul superior cât şi pentru cel inferior, valorile înregistrate ale presiunii arteriale ar trebui să fie egale. (Manşeta uzuală pentru braţ, folosită inadecvat pentru măsurarea presiunii la nivelul piciorului, furnizează valori presionale fals crescute).

FRECVENȚA ȘI RITMUL CARDIAC

Examinaţi pulsul arterial, frecvenţa şi ritmul cardiac, dar şi amplitudinea şi aspectul undei pulsului.



Frecvenţa cardiacă. Pulsul decelat la nivelul arterei radiale este folosit uzual pentru a evalua frecvenţa cardiacă. Cu vârfurile degetelor index şi mijlociu comprimaţi artera radială până când detectaţi o pulsaţie maximală. Dacă ritmul este regulat şi frecvenţa pare a fi normală, număraţi undele timp de 30 de secunde, apoi înmulţiţi cu doi. Dacă frecvenţa este prea mare sau prea mică faţă de normal, efectuaţi numărătoarea timp de 60 de secunde. Intervalul valorilor normale este de 50-90 de bătăi pe minut.[24]

Ritmul. Pentru a începe evaluarea ritmului palpaţi pulsul la nivelul arterei radiale. Dacă detectaţi neregularităţi, verificaţi din nou ritmul prin auscultarea cu stetoscopul la nivelul apexului cardiac. Bătăile care survin mai devreme decât celelalte pot să nu fie detectate la nivel periferic, ceea ce duce la o subestimare importantă a frecvenţei cardiace. Cum este ritmul - regulat sau neregulat? Dacă este neregulat, încercaţi să identificaţi un model: (1) Bătăile precoce apar cu o anumita regularitate? (2) Neregularitatea variază cu mişcările respiratorii? (3) Ritmul este complet neregulat?

Vezi Planşa 9-1, Frecvenţe şi ritmuri cardiace (pag. 375) şi Planşa 9-2 , Ritmuri neregulate (pag. 376).

Valorile relativ scăzute ale presiunii arteriale ar trebui întotdeauna interpretate în contextul valorilor înregistrate anterior, ţinând cont de starea prezentă a pacientului.

O valoare de 110/70 mmHg este de obicei normală, însă, în contextul unor valori anterioare ridicate, ar putea indica o hipotensiune importantă.

Dacă este cazul, evaluaţi *presiunea arterială în ortostatism* (vezi Capitolul 20, Adultul vârstnic, p. 916). Măsuraţi presiunea arterială şi frecvenţa cardiacă în două poziţii – *în decubit dorsal*, după ce pacientul s-a odihnit timp de până la 10 minute, şi apoi în decurs de 3 minute de la adoptarea *ortostatismului*. În mod normal, trecerea de la clinostatism la ortostatism este însoţită fie de o scădere discretă a presiunii sistolice fie de menţinerea constantă a acesteia, în timp ce valoarea presiunii diastolice creşte uşor. Hipotensiunea ortostatică constă în scăderea presiunii arteriale sistolice cu ≥20 mmHg sau a celei diastolice cu ≥10 mmHg în cca 3 minute de la adoptarea ortostatismului.[25,26]

O scădere a presiunii sistolice de 20 mmHg sau mai mult, mai ales atunci când este însoţită de simptome şi tahicardie, indică *hipotensiune ortostatică (posturală)*. Cauzele includ hemoragia moderată sau severă, administrarea anumitor medicamente, repausul prelungit la pat, sau boli ale sistemului nervos autonom.

FRECVENȚA ȘI RITMUL RESPIRATOR

Observaţi *frecvenţa*, *ritmul*, *amplitudinea* şi *efortul* implicat de *mişcările respiratorii*. Număraţi mişcările respiratorii timp de un minut fie prin inspecţie, fie prin auscultaţie la nivelul traheei cu ocazia examinării capului şi gâtului sau a toracelui. Valoarea normală la adult este de cca 20 de respiraţii pe minut, cu cicluri regulate şi silenţioase. Apariţia ocazională a oftatului este normală. Verificaţi durata expiraţiei, pentru a vedea dacă este prelungită.

Vezi Planşa 4-8, Anomalii ale frecvenţei şi ritmului respirator (pag. 134).

Prelungirea expiraţiei în BPOC.

TEMPERATURA

Valoarea medie a *temperaturii orale*, de obicei 37°C, variază considerabil. Dimineaţa devreme se pot înregistra minime de până la 35,8°C, iar în cursul după-amiezii sau al serii maxime de până la 37,3°C. *Temperatura rectală* este *mai mare* decât temperatura orală, în medie cu 0,4-0,5°C, însă această diferenţă este şi ea variabilă. Dimpotrivă, *temperatura axilară* este *mai mică* decât temperatura orală cu aproximativ 1°C, însă măsurarea ei durează între 5 şi 10 minute şi este în general considerată a fi mai puţin exactă decât alte măsurători.

Febra, sau pirexia, constă în creşterea temperaturii corporale. *Hiperpirexia* se referă la creşterea extremă a temperaturii, peste 41,1°C, în timp ce *hipotermia* înseamnă scăderea anormală a temperaturii, sub 35°C, înregistrate la nivel rectal.

Majoritatea pacienţilor preferă măsurarea temperaturii orale celei rectale. Totuşi, măsurarea temperaturii orale nu este recomandată în cazul pacienţilor inconştienţi, agitaţi sau incapabili de a închide gura. În aceste cazuri există pericolul unor citiri inexacte şi al spargerii termometrului ca urmare a unor mişcări neprevăzute ale maxilarului pacientului.

Frecvenţa respiratorie mare tinde să crească discrepanţa dintre temperatura orală şi cea rectală. În astfel de cazuri, valoarea citită la nivel rectal este mai demnă de încredere.

Temperatura orală. Pentru a măsura *temperatura orală* alegeţi un termometru de sticlă sau unul electronic. Atunci când optaţi pentru *termometrul din sticlă*, acesta trebuie agitat înainte de măsurare până când temperatura scade la 35°C sau chiar mai mult şi apoi introdus sub limba pacientului, care este sfătuit să strângă buzele şi să aştepte între 3 şi 5 minute. După aceea, citiţi valoarea indicată de termometru, reintroduceţi-l pentru încă un minut şi citiţi din nou. Dacă temperatura continuă să crească, repetaţi procedeul descris până când observaţi stabilizarea. Ţineţi cont de faptul că lichidele reci sau fierbinţi şi chiar fumatul pot influenţa citirea valorilor temperaturii. În aceste cazuri, ideal ar fi să amânaţi măsurarea temperaturii cu 10-15 minute. Din cauza riscului de spargere cu expunerea consecutivă la mercur, termometrele de sticlă tind să fie înlocuite cu cele electronice.

Cauzele *febrei* includ infecţiile, intervenţiile chirurgicale, traumatismele prin strivire, neoplaziile, afecţiunile hematologice (cum ar fi anemia hemolitică acută), reacţiile la medicamente şi bolile autoimune (de exemplu colagenozele).

Termometrele electronice. Dacă folosiţi un astfel de dispozitiv pentru măsurarea temperaturii, aşezaţi cu grijă folia protectoare de unică folosinţă pe capătul termometrului, apoi plasaţi-l sub limba pacientului. Rugaţi pacientul să strângă buzele şi apoi urmăriţi cu atenţie afişajul digital. O înregistrare exactă a temperaturii necesită de obicei cca 10 secunde.

Temperatura rectală. Pentru a măsura temperatura la acest nivel, rugaţi pacientul să se întindă în decubit lateral cu coapsele flectate. Alegeţi un termometru rectal cu capătul mai scurt şi gros, lubrifiaţi-l şi apoi introduceţi-l pe o distanţă de 3-4 cm în canalul anal, orientându-l pe direcţia ombilicului. Îndepărtaţi termometrul după 3 minute şi citiţi valoarea indicată. O alternativă constă în utilizarea unui termometru electronic după lubrifierea foliei protectoare în prealabil. Aşteptaţi timp de aproximativ 10 secunde pentru afişarea temperaturii.

Cauza principală a *hipotermiei* este expunerea ambientală la temperaturi scăzute. Alţi factori predispozanţi includ reducerea mişcărilor (de ex. în paralizie), stări ce influenţează procesul de vasoconstricţie (de ex. sepsisul, abuzul de alcool), înfometarea, hipotiroidismul şi hipoglicemia. Vârstnicii sunt îndeosebi susceptibili la hipotermie şi prezintă o probabilitate mai mică de a face febră.

Temperatura la nivelul membranei timpanice. Măsurarea temperaturii la acest nivel tinde să devină o practică tot mai răspândită, deoarece este rapidă, sigură şi furnizează valori de încredere, atunci când este corect efectuată. Mai întâi asiguraţi-vă că nu există cerumen în canalul auditiv extern, deoarece acesta duce la scăderea valorilor termice înregistrate. Aşezaţi capătul termometrului în canalul auditiv extern astfel încât raza infraroşie să fie focalizată pe membrana timpanică (altfel măsurătoarea nu va fi valabilă). Aşteptaţi timp de 2-3 secunde până când pe afişajul digital apare valoarea citită a temperaturii. Prin această metodă se înregistrează temperatura centrală, care este în mod normal mai mare decât temperatura orală cu aproximativ 0,8°C.

Măsurătorile realizate la nivelul membranei timpanice prezintă un grad mai mare de variabilitate comparativ cu măsurarea temperaturii orale sau rectale, incluzând diferențele dreapta-stânga observate la același individ.[27]

SITUAȚII DEOSEBITE

Sunete Korotkoff slabe sau inaudibile. În acest caz, luați în calcul posibilitatea unor probleme tehnice, cum ar fi poziționarea incorectă a stetoscopului, absența contactului etanș între tegument și pâlnia stetoscopului, congestia venoasă la nivelul brațului ca urmare a umflării repetate a manșetei tensiometrului. Țineți de asemenea cont de posibilitatea ca pacientul să fie în stare de șoc.

Dacă nu auziți deloc sunetele Korotkoff, ați putea încerca estimarea presiunii arteriale sistolice prin palpare. Pot fi însă necesare metode alternative, cum ar fi tehnica Doppler sau măsurarea grafică a presiunii arteriale.

Metodele de mai jos pot fi utile pentru intensificarea sunetelor Korotkoff:

- Ridicați brațul pacientului înainte și în timpul umflării manșetei. Apoi coborâți brațul și determinați presiunea arterială.
- Umflați manșeta. Cereți pacientului să strângă pumnul de câteva ori, apoi determinați presiunea arterială.

Aritmii. Ritmurile neregulate induc variații ale tensiunii arteriale, și în consecință, măsurători inexacte. Ignorați efectele unei contracții premature ocazionale. În cazul contracțiilor premature frecvente sau al fibrilației atriale, calculați media mai multor măsurători și consemnați caracterul aproximativ al măsurătorii. Verificați valorile descoperite cu ajutorul electrocardiogramei.

Determinarea prin palpare a unui ritm complet neregulat indică prezența *fibrilației atriale.* Pentru identificarea tuturor celorlalte tipuri de ritmuri neregulate este necesară efectuarea unei electrocardiograme.

Sindromul halatului alb. "Sindromul halatului alb" presupune creșterea presiunii arteriale (de obicei > 140/90) la pacienții ale căror valori măsurate în cabinetul medical sunt mai mari față de cele măsurate acasă sau în alte medii relaxante. Acest fenomen este prezent la 10-25% dintre pacienți, cu precădere la femei și la pacienții anxioși, și poate persista de-a lungul mai multor vizite medicale. Ajutați pacientul să se relaxeze, apoi repetați măsurarea presiunii arteriale.

Hipertensiunea care survine la domiciliu sau în ambulatoriu, spre deosebire de "hipertensiunea de halat alb" sau cea care apare în mod izolat în cabinetul medical, semnifică un risc crescut de boală cardiovasculară.[28-31]

Pacientul obez sau subponderal. Pentru brațul pacientului obez, este important să folosiți o manșetă largă de 15 cm. Dacă circumferința brațului depășește 41 de cm, folosiți manșeta destinată coapsei, de 18 cm. În cazul brațului subțire, puteți utiliza și manșeta pediatrică.

Folosirea unei manșete prea mici duce la supraestimarea tensiunii arteriale sistolice la pacienții obezi.[32]

DUREREA ACUTĂ ȘI CRONICĂ

Înțelegerea durerii acute și cronice. Asociația Internațională pentru Studiul Durerii definește *durerea* ca fiind o "experiență senzorială și emoțională neplăcută" asociată cu leziuni tisulare, descrisă ca și când ar fi asociată cu astfel de leziuni, sau ambele. Experiența durerii este complexă și multifactorială. Durerea implică procesare senzorială, emoțională și cognitivă, însă poate să nu aibă o etiologie fizică specifică.[1]

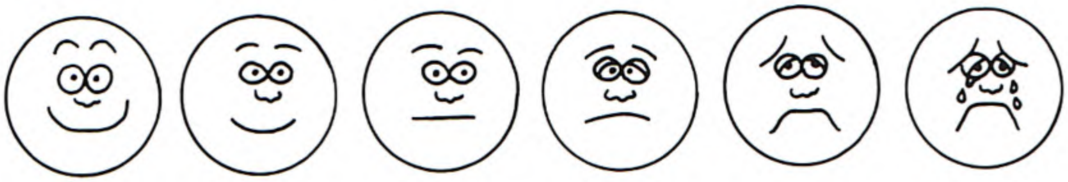
Durerea cronică poate însoți afecțiuni psihice sau somatice. Vezi Capitolul 5, Comportamentul și starea de sănătate mentală, "Simptomatologie și comportament", pag. 136-140.

Durerea cronică are mai multe definiţii: durere care nu este asociată cu procese neoplazice sau alte afecţiuni medicale şi care persistă mai mult de 3 până la 6 luni; durere a cărei durată depăşeşte o lună de la încheierea evoluţiei unei afecţiuni sau traume acute; sau durerea care prezintă recurenţe la intervale de luni sau ani.[33] Durerea cronică neasociată unui proces neoplazic afectează între 5% şi 33% din pacienţii din sistemul de îngrijire primară. Peste 40% dintre pacienţi raportează un control nesatisfăcător al durerii.[34]

Evaluarea istoricului pacientului. Adoptaţi o atitudine cuprinzătoare atunci când încercaţi să înţelegeţi durerea pacientului, ascultând cu atenţie modul în care acesta descrie durerea, trăsăturile ei şi factorii favorizanţi. Acceptaţi relatarea proprie a pacientului, despre care experţii spun că este cel mai sigur indicator al durerii.[1]

Localizare. Cereţi pacientului să indice locul unde apare durerea, deoarece termenii laici pot să nu fie destul de specifici pentru a preciza originea.

Severitate. Evaluarea severităţii durerii este deosebit de importantă. Folosiţi consecvent o anumită metodă pentru a determina severitatea. Există trei scale utilizate frecvent: Scala vizuală analogică şi două scale care utilizează punctaje de la 1 la 10 – Scala numerică de apreciere a durerii şi Scala feţelor (de evaluare facială a durerii). Sunt de asemenea disponibile instrumente multidimensionale, cum ar fi Inventarul rapid al durerii; punerea lor în practică durează mai mult, însă au avantajul de a evalua efectele durerii în contextul nivelului de activitate al pacientului.[35] Scala feţelor este redată mai jos, fiind utilă la copii sau la pacienţii care nu pot comunica verbal din cauza unor bariere de limbă sau afectări cognitive.[36]



1. Explicați copilului că fiecare față este pentru o persoană care este fericită pentru că nu simte nici o durere ("bubă" sau orice alt cuvânt cu care copilul este obișnuit), sau pentru o persoană care este tristă deoarece simte durere într-o măsură mai mică sau mai mare.
2. Indicați fiecare față și spuneți: "Această față...":
   0 – "este a unui om fericit deoarece nu simte deloc durere"
   1 – „...doare puțin"
   2 – „...doare puțin mai mult"
   3 – „...doare și mai mult"
   4 – „...doare mult mai mult"
   5 – „...doare cât de tare îți poți imagina, chiar dacă încă nu plângi din cauza durerii"
3. Cereți copilului să aleagă fața care descrie cel mai bine ceea ce simte. Precizați la ce durere (de ex.: "injecția" sau incizia) și la ce moment vă referiți (de ex.: Acum? Înainte de prânz?)

(Adaptat cu permisiune din: Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ediția 6 St. Louis, 2001: 1301, drepturile de autor deținute de Mosby, Inc.)

Trăsături asociate. Cereţi pacientului să descrie durerea şi felul în care aceasta debutează. Are legătură cu locul unei leziuni, cu o anumită mişcare sau cu vreun moment al zilei? Care este caracterul durerii – ascuţită, înăbuşită, ca o arsură? Întrebaţi dacă durerea iradiază sau respectă un anumit model. Ce ameliorează şi ce agravează durerea? Încercaţi să atingeţi cele şapte caractere ale durerii, la fel cum aţi proceda cu orice alt simptom.

Vezi Capitolul 3, Cele şapte caractere ale unui simptom, pag. 165

Tratamente recomandate, medicamente administrate, afecţiuni corelate şi impactul asupra activităţii zilnice. Nu uitaţi să cereţi informaţii cu privire la orice tratamente încercate în trecut de către pacient, inclusiv medicamente, fizioterapie şi terapii alternative. Un istoric cuprinzător al tratamentelor urmate vă va ajuta să identificaţi prezenţa medicamentelor care interacţionează cu analgezicele şi le reduce eficienţa.

Identificaţi orice afecţiuni asociate, cum ar fi artrita, diabetul, infecţia HIV/SIDA, abuzul de substanţe, anemia falciformă, sau afecţiunile psihiatrice. Acestea pot avea efecte importante asupra experienţei dureroase a pacientului.

Durerea cronică este principala cauză de invaliditate şi afectare a capacităţii de muncă. Interesaţi-vă în legătură cu efectele durerii asupra activităţilor cotidiene ale pacientului, dispoziţiei, somnului, muncii şi vieţii sexuale.

Inegalităţi în îngrijirea medicală. Fiţi conştient de inegalităţile din tratamentul durerii şi acordarea îngrijirii, care sunt bine documentate şi merg de la utilizarea mai redusă a analgezicelor la camera de gardă pentru pacienţii afro-americani sau hispanici până la inegalităţile referitoare la administrarea analgezicelor la pacienţii cu neoplazii, durere lombară joasă sau status postoperator.[33] Studiile arată că atât stereotipiile şi atitudinea părtinitoare inconştientă a clinicienilor în luarea deciziilor, cât şi barierele lingvistice, contribuie la aceste inegalităţi. Adoptaţi o atitudine critică în legătură cu propriul stil de comunicare, căutaţi informaţii şi standarde optime de practică şi îmbunătăţiţi-vă permanent tehnica de educare şi responsabilizare a pacientului – aceştia fiind primii paşi în asigurarea unui management uniform şi eficient al durerii.

Vezi raportul Institutului de Medicină, *Tratamentul inegal: confruntarea cu inegalităţile rasiale şi etnice din îngrijirea medicală*, 2002.[37]

Tipuri de durere. Fiţi la curent cu ultimele descoperiri ştiinţifice în domeniul înţelegerii durerii, redate în câteva resurse utile pentru clinicieni disponibile pe internet.[1,33,38] Caseta de mai jos cuprinde principalele tipuri de durere, a căror cunoaştere vă va ajuta în demersurile diagnostice şi terapeutice.

TIPURI DE DURERE[1,33,39]

Durerea somatică sau nociceptivă	Durerea care apare ca urmare a leziunilor tisulare se numeşte *nociceptivă* sau *somatică*. Durerea nociceptivă poate fi acută şi autolimitată, sau cronică şi persistentă. Această formă de durere este mediată de fibrele aferente senzitive A-delta şi C şi apare ca răspuns la stimuli nocivi, fiind modulată atât de neurotransmiţători cât şi de procese psihologice. Neurotransmiţătorii implicaţi includ endorfinele, histamina, acetilcolina şi monoamine ca serotonina, norepinefrina şi dopamina. Nociceptorii pot fi sensibilizaţi de către mediatorii inflamaţiei.

(se continuă)

TIPURI DE DURERE[1,33,39] (CONTINUARE)

Durerea neuropatică	Durerea care este rezultatul lezării directe a sistemului nervos central sau periferic se numeşte *neuropatică*. În timp, durerea neuropatică poate deveni independentă faţă de leziunea cauzatoare, şi poate căpăta caracter lancinant, de arsură sau chiar similar cu durerea din şoc, persistând după vindecarea leziunii iniţiale. Mecanismele citate ca inductoare ale durerii neuropatice includ leziuni cerebrale sau medulare din cadrul accidentelor vasculare sau traumatismelor; afecţiuni ale sistemului nervos periferic ce determină compresia nervilor spinali, a plexurilor sau a nervilor periferici; sindroamele de durere reflexă cu creşterea intensităţii sau prelungirea duratei durerii ca răspuns la anumiţi stimuli. Aceşti factori declanşatori par a induce modificări ale procesului de semnalizare a durerii prin fenomenul de "plasticitate neuronală", ceea ce duce la durere care persistă dincolo de vindecarea leziunii iniţiale.[33]
Durerea psihogenă şi idiopatică	*Durerea psihogenă* are legătură cu numeroşi factori care influenţează felul în care pacientul relatează durerea – afecţiuni psihiatrice ca anxietatea şi depresia, tipul de personalitate şi mecanismele de adaptare, normele culturale şi sistemele sociale de susţinere. *Durerea idiopatică* este durerea pentru care nu poate fi identificată nici o cauză.

Managementul durerii. Tratamentul durerii necesită cunoştinţe sofisticate asupra medicaţiei opioide, non-opioide, analgezicelor adjuvante, terapiei comportamentale şi fizioterapiei, a căror prezentare depăşeşte obiectivul lucrării de faţă. Participaţi la cursuri de pregătire în managementul durerii şi căutaţi în literatura de specialitate treceri în revistă utile ale provocărilor şi progreselor în domeniul managementului durerii.[3,34,40] Clinicienii se opun adesea ideii de a administra narcotice din cauza pericolului de dezvoltare a dependenţei. Folosiţi următoarele definiţii şi profitaţi de instrumentele de screening validate pentru evaluarea tratamentului cu opioide la pacienţii cu durere.[41,42]

Concentraţi-vă asupra celor *Patru A*, în monitorizarea evoluţiei pacientului:

- ***A**nalgezia*
- ***A**ctivitatea cotidiană*
- Efecte ***A**dverse*
- ***A**nomalii comportamentale induse de substanţe*

ADICŢIA ŞI COMPORTAMENTUL ADICTIV, DEPENDENŢA FIZICĂ ŞI TOLERANŢA[43]

Toleranţa: reprezintă un proces de adaptare, în cadrul căruia expunerea la o substanţă induce modificări care determină scăderea în timp a unuia sau mai multora din efectele substanţei asupra organismului.

Dependenţa fizică: este o stare adaptativă căreia îi este specific sindromul de sevraj cu specificitate de clasă medicamentoasă, şi care apare prin oprirea bruscă a administrării, prin reducerea rapidă a dozei, prin scăderea nivelului sanguin al substanţei şi/sau prin administrarea unui antagonist.

Adicţia şi comportamentul adictiv: o afecţiune primară, cronică, neurobiologică, cu factori genetici, psihosociali şi de mediu care îi influenţează evoluţia şi tabloul clinic. Este caracterizată prin modele comportamentale care includ una sau mai multe din următoarele: control defectuos al folosirii de substanţe, utilizare compulsivă, continuarea folosirii în ciuda efectelor neplăcute şi dorinţă nestăpânită.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Relatarea în scris a examenului fizic începe cu o descriere a înfăţişării pacientului, bazată pe Evaluarea stării generale. Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea observaţiilor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Mai jos se află exemple de fraze care sunt adecvate pentru majoritatea relatărilor.

Consemnarea examenului fizic - starea generală şi semnele vitale

Alegeţi adjective sugestive şi elocvente, ca şi când aţi picta un tablou în cuvinte. Evitaţi clişee precum "bine dezvoltat", "bine hrănit" sau "fără o problemă acută", deoarece acestea ar putea fi aplicate oricui şi nu redau particularităţile pacientului examinat.

Înregistraţi semnele vitale observate în momentul examinării. Acestea sunt de preferat celor înregistrate mai devreme în cursul aceleiaşi zile de către alţi clinicieni. (se folosesc abrevierile uzuale pentru presiunea arterială, alura ventriculară şi frecvenţa respiratorie, fără a fi necesare alte explicaţii.)

"Dna. Scott este o femeie tânără, veselă, aparent sănătoasă, atent îngrijită, cu o condiţie fizică bună. Înălţimea este de 1,64 m, greutatea de 61 kg, IMC 24, TA 120/80, la nivelul braţului drept şi stâng, AV 72, puls regulat, FR 16, temperatura 37,5°C."

SAU

"Dl. Jones este un bărbat vârstnic, palid şi cu alură de bolnav cronic. Este conştient, cu un bun contact vizual, însă nu poate rosti mai mult de 2-3 cuvinte odată din cauza dispneei. Prezintă retracţia musculaturii intercostale în timpul respiraţiei şi stă în pat într-o poziţie ridicată. Este slab, cu topirea difuză a masei musculare. Înălţimea este de 1,88 m, greutatea de 79 kg, TA 160/95 la nivelul braţului drept, AV 108, puls neregulat, FR 32, cu respiraţie dificilă, temperatura 38°C."

Sugerează exacerbarea *bolii pulmonare obstructive cronice (BPOC).*

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. American Medical Association. Pain Management: The Online Series. Module 1.Pathophysiology of Pain and Pain Assessment. September 2007. Available at: http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/. Accessed January 19, 2008.
2. Upshur CC, Luckmann RS, Savageau JA. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. J Gen Int Med 21(6):652–655, 2006.
3. Sinatra R. Opioid analgesics in primary care: challenges and new advances in the management of noncancer pain. J Am Board Fam Med 19(2):165–167, 2006.
4. Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services. Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity. Overweight and Obesity: At a Glance. Available at: http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_glance.htm. Accessed January 19, 2008.
5. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 139(11): 933–949, 2003.
6. Hossain P, Kawar B, El Hahas M. Obesity and diabetes in the developing world: a growing challenge. N Engl J Med 356(3): 213–215, 2007.
7. National Institutes of Health and National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in

Adults. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm. Accessed January 19, 2008.

8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, November 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.htm. Accessed January 19, 2008.
9. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2005. Available at: http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/pdf/DGA2005.pdf. Accessed January 19, 2008.
10. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics, 2007 Update. Available at: http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1166712318459HS_StatsInsideText.pdf) and Cardiovascular Disease Statistics. Available at: http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4478). See also: National Center for Health Statistics. Fast Stats A to Z. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/fastats/heart.htm. Accessed December 2, 2007.
11. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, et al. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory, and more blood pressure measurement. J Hypertens 21(5): 821–848, 2005.
12. O'Brien E, Pickering T, Asmar R, et al. International protocol for validation of blood pressure measuring devices in adults. Blood Press Monit 7(1):3–17, 2002.
13. O'Brien E, Waider B, Parati G, et al. Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension. BMJ 322(7285):531–536, 2001.
14. Verberk WJ, Kroon AA, Kessles AGH, et al. Home blood pressure measurement: a systematic review. J Am Coll Cardiol 46(5):743–751, 2005.
15. McManus RJ, Mant J, Roalfe A, et al. Targets and self monitoring in hypertension: randomized controlled trial and cost effectiveness analysis. BMJ 331(7515):493, epub 2005.
16. Bakx JC, van der Wel MC, van Weel. Self monitoring of high blood pressure. BMJ 331(7515):466–467, 2005.
17. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure—The JNC 7 Report. JAMA 289(19):2560–2572, 2003. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf. Accessed January 20, 2008.
18. McGee S. Blood pressure. In: Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders, 2007:153–173.
19. Mitchell PL, Parlin RW, Blackburn H. Effect of vertical displacement of the arm on indirect blood-pressure measurements. N Engl J Med 271:72–74, 1064.
20. Cavallini MC, Roman MJ, Blank SG, et al. Association of the auscultatory gap with vascular disease in hypertensive patients. Ann Intern Med 124(10):877–883, 1996.
21. Chaudhry SI, Krumholz HM, Foody JM. Systolic hypertension in older persons. JAMA 292(9):1074–1080, 2004.
22. Chobanian A. Isolated systolic hypertension in the elderly. N Engl J Med 357(8):789–796, 2007.
23. Brickner ME, Hillis LD, Lange RA. Congenital heart disease in adults: first of two parts. N Engl J Med 342(2):256–263, 2000.
24. Spodick DH. Normal sinus heart rate: appropriate rate thresholds for sinus tachycardia and bradycardia. South Med J 89(7): 666–667, 1996.
25. Carslon JE. Assessment of orthostatic blood pressure: measurement technique and clinical applications. South Med J 92(2): 167–173, 1999.
26. Consensus Committee of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system atrophy. Neurology 46(5):1470, 1996.
27. McGee S. Chapter 16, Temperature. In Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders, 2007:174–186.
28. Bobrie G, Genes N, Vaur L, et al. Is "isolated home" hypertension as opposed to "isolated office" hypertension a sign of greater cardiovascular risk? Arch Int Med 161(18):2205–2211, 2001.
29. Clement DL, De Buysere ML, DeBacquer DA, et al. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. N Engl J Med 348(24):2407–2415, 2003.
30. Rickerby J. The role of home blood pressure measurement in managing hypertension: an evidence-based review. J Hum Hypertens 16(7):469–472, 2002.
31. Pickering TG, Shimbo D, Hass D. Ambulatory blood pressure monitoring. N Engl J Med 354(22):2368–2374, 2006.
32. Fonseca-Reyes S, de Alba-García JG, Parra-Carrillo JZ, et al. Effect of standard cuff on blood pressure readings in patients with obese arms: how frequent are arms of a 'large circumference'? Blood Press Monit 8(3):101–106, 2003.
33. American Medical Association. Pain Management: The Online Series. Pathophysiology of pain and pain assessment. Module 7—Assessing and Treating Persistent Nonmalignant Pain: an overview. September 2007. Available at: http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/. Accessed January 19, 2008.
34. Nicholson B, Passik SD. Management of chronic noncancer pain in the primary care setting. South Med J 100(10):1028–1036, 2007.
35. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. Pain 17(2):197–210, 1983.
36. Bieri D, Reeve R, Champion GD, et al. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain 41(2):139–150, 1990.
37. Smedley BR, Stith AY, Nelson AR (eds). Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington, DC: National Academies Press, 2002.
38. American Medical Association. Pain Management: The Online Series. Pathophysiology of pain and pain assessment. Module 3. Pain management: Barriers to Pain Management & Pain in Special Populations. September 2007. Available at: http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/. Accessed January 19, 2008.
39. Foley K. Opioids and chronic neuropathic pain. N Engl J Med 348(13):1279–1280, 2003.
40. Gilron I, Watson PN, Cahill CM, et al. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. CMAJ 175(3):256–275, 2006.
41. Butler SF, Budman SH, Fernandez K, et al. Validations of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain. Pain 112(1–2):65–75, 2004.

42. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med 6(6):432–442, 2005.
43. American Pain Society. Definitions Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain. A consensus statement from the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine, 2001. Available at: http://www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm. Accessed January 20, 2008.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Greutatea și nutriția

American Academy of Family Physicians. Nutrition Screening Initiative. Available at: http://www.aafp.org/afp/980301ap/edits.html. Accessed June 8, 2008.

Ashar BH, Rowland Seymour A. Advising patients who use dietary supplements. Am J Med 121(12):91–97, 2008.

Ashen MD, Blumenthal RS. Low HDL cholesterol levels. N Engl J Med 353(12):1252–1260, 2005.

Ford ES, Wayne G, Dietz WH, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 287(3):356–359, 2002.

Huang HY, Caballero B, Change S, et al. The efficacy and safety of multivitamins and mineral supplement use to prevent cancer and chronic disease in adults: a systematic review for a National Institutes of Health State-of-the-Science Conference. Ann Intern Med 145(5):372–385, 2006.

Lien LF, Brown AJ, Ard JD, et al. Effects of PREMIER lifestyle modifications on participants with and without the metabolic syndrome. Hypertension 50(4):609–616, 2007.

Mehler PS. Bulimia nervosa. N Engl J Med 349(9):875–880, 2003.

National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases. National Diabetes Statistics. Available at: http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/index.htm. Accessed January 15, 2008.

Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. Circulation 106:388–391, 2002.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. N Engl J Med 344(1):3–10, 2001.

Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, et al. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. N Engl J Med 34(21):2074–2081, 2003.

Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, Phase II. Ann Intern Med 134(1):1–11, 2001.

Presiunea arterială

Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension. Blood pressure measurement. Part I. Sphygmomanometry: factors common in all techniques. BMJ 322(7292):981–985, 2001.

Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension. Blood pressure measurement. Part II. Conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. BMJ 322(7293):1043–1047, 2001.

Bobrie G, Genes N, Vaur L, et al. Is "isolated home" hypertension as opposed to "isolated office" hypertension a sign of greater cardiovascular risk? Arch Intern Med 161(18):2205–2211, 2001.

McAlister FA, Straus SE. Evidence-based treatment of hypertension. Measurement of blood pressure: an evidence based review. BMJ 322:908–911, 2001.

Perry HM, Davis BR, Price TR, et al, for the Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group. Effect of treating isolated systolic hypertension on the risk of developing various types and subtypes of stroke: the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA 284(4): 465–471, 2000.

Tholl U, Forstner K, Anlauf M. Measuring blood pressure: pitfalls and recommendations. Nephrol Dial Transplant 19:766, 2004.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 08-05105-EF-2, December 2007; first published in Ann Intern Med 147:783–786, 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/hbp/hbprr.htm. Accessed June 8, 2008.

Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA 289(16):2083–2093, 2003.

Durerea acută și cronică

Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. Pain 82(3):263–274, 1999.

Charlton JE, ed. Core Curriculum for Professional Education in Pain, 3rd ed. Seattle: International Association for the Study of Pain, 2005. Available at: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Publications&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307#TOC. Accessed June 9, 2008.

Colecția Bates vă oferă aceste resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination, 4th edition*

Tulburări de alimentaţie şi IMC scăzut excesiv

În Statele Unite aproximativ 5-10 milioane de femei şi un milion de bărbaţi suferă de tulburări de alimentaţie. Aceste tulburări severe ale comportamentului alimentar sunt adesea greu de depistat, mai ales la adolescenţii care poartă haine foarte largi, sau la cei care mănâncă excesiv şi apoi îşi autoinduc voma sau evacuarea intestinală prin purgative. Familiarizaţi-vă cu principalele tulburări de alimentaţie, *anorexia nervoasă* şi *bulimia nervoasă*. Ambele sunt caracterizate printr-o percepţie distorsionată a propriei imagini corporale şi greutăţi. Diagnosticarea precoce este importantă, deoarece prognosticul este mai bun atunci când tratamentul este iniţiat în stadiile timpurii ale bolii.

Trăsături clinice

Anorexia nervoasă

- Refuzul de a menţine o greutate corporală normală minimă (sau IMC peste 17,5 kg/m^2).
- Teama de a nu părea gras.
- Înfometare frecventă şi negarea ei; lipsa perspectivei adecvate.
- Adesea adus la spital de către membri ai familiei.
- Tabloul clinic poate fi: imposibilitatea de a atinge greutatea aşteptată în copilărie sau adolescenţă, amenoree la femei, sau pierderea libidoului sau a potenţei la bărbaţi.
- Asociază simptome ale depresiei, cum ar fi indispoziţie, iritabilitate, izolare socială, insomnie, libido scăzut.
- Trăsături suplimentare care susţin diagnosticul: vomă auto-indusă, auto-administrarea de laxative, exerciţiu fizic excesiv, folosirea inhibitorilor apetitului şi/sau a diureticelor.
- Complicaţii:
  - *Modificări neuroendocrine:* amenoree, creşterea nivelului de factor eliberator al corticotropinei, de cortizol, de hormon de creştere, de serotonină; scăderea fluctuaţiilor diurne ale cortizolului, a hormonului luteinizant, a hormonului foliculostimulant, a tirotropinei.
  - *Afecţiuni cardiovasculare:* bradicardie, hipotensiune, aritmii, cardiomiopatie.
  - *Afecţiuni metabolice:* hipopotasemie, alcaloză metabolică hipocloremică, creşterea ureei plasmatice, edeme.
  - *Altele:* xeroză cutanată, carii dentare, evacuare gastrică întârziată, constipaţie, anemie, osteoporoză.

Bulimia nervoasă

- Episoade recurente de alimentare excesivă necontrolată, urmate de autoinducerea vomei, administrarea iraţională de laxative, diuretice sau alte medicamente, post alimentar sau exerciţiu fizic excesiv.
- Adesea au o greutate normală.
- Mănâncă excesiv cel puţin de două ori pe săptămână pe parcursul unei perioade de 3 luni; consumă cantităţi mari de alimente într-un timp scurt ($\approx$ 2 ore).
- Preocupat de alimentaţie; pofta nestăpânită şi compulsia de a mânca; lipsa autocontrolului în ceea ce priveşte alimentaţia; alternanţa cu perioade de înfometare.
- Le este foarte frică de a fi graşi, însă pot fi obezi.
- Subtipuri:
  - *Cu evacuare postprandială* – episoadele de bulimie sunt însoţite de autoprovocarea vomei sau de autoadministrarea de laxative, diuretice sau clisme.
  - *Fără evacuare postprandială* – episoadele de bulimie sunt însoţite de perioade de comportament compensator care include postul alimentar, exerciţiul fizic, fără a recurge însă la evacuarea postprandială.
- Complicaţii:

  Vezi modificările redate la anorexia nervoasă, mai ales astenia, fatigabilitatea, afecţiuni cognitive uşoare; de asemenea eroziuni la nivelul smalţului dentar, parotidită, inflamaţie pancreatică cu creşterea amilazei, neuropatii uşoare, crize convulsive, hipopotasemie, acidoză metabolică hipocloremică, hipomagneziemie.

(Surse: World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva, World Health Organization, 1993. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994. Halmi KA: Eating Disorders: In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1663–1676, 2000. Mehler PS. Bulimia nervosa. N Engl J Med 349(9):875–880, 2003.)

PLANŞA

4-2 Monitorizarea în tulburările de nutriție

Lista elementelor care trebuie urmărite în cadrul monitorizării nutriţiei

Sufăr de o boală sau condiţie care m-au determinat să schimb tipul/cantitatea alimentelor pe care le consum.	Da (2 puncte)	____
Mănânc mai puţin de două mese pe zi.	Da (3 puncte)	____
Mănânc puţine fructe, legume sau produse lactate.	Da (2 puncte)	____
Consum 3 sau mai multe băuturi alcoolice (bere, vin sau lichior) aproape zilnic.	Da (2 puncte)	____
Am probleme dentare sau la nivelul cavităţii bucale care îmi îngreunează alimentaţia.	Da (2 puncte)	____
Nu am întotdeauna suficienţi bani pentru a cumpăra alimentele de care am nevoie.	Da (4 puncte)	____
Mănânc singur de cele mai multe ori.	Da (1 puncte)	____
Iau în fiecare zi 3 sau mai multe medicamente eliberate pe bază de reţetă sau de tip OTC.	Da (1 puncte)	____
Fără să vreau, am slăbit/m-am îngrăşat cu 5 kg în ultimele 6 luni.	Da (2 puncte)	____
Nu sunt întotdeauna capabil din punct de vedere fizic să fac piaţa, să gătesc, sau să mă hrănesc.	Da (2 puncte)	____
	TOTAL	____

Instrucţiuni: bifaţi "da" pentru fiecare afirmaţie care se aplică, apoi însumaţi punctele obţinute pentru a obţine scorul nutriţional. Pentru un scor de 3-5 puncte (risc moderat) sau ≥6 puncte (risc crescut) va fi necesară evaluarea suplimentară (mai ales în cazul vârstnicilor).

Monitorizarea rapidă a aportului alimentar

	Porţii consumate de către pacient	*Recomandat*
Cereale, produse cerealiere şi pâine	____	6–11
Fructe	____	2–4
Legume	____	3–5
Carne şi produse din carne	____	2–3
Lactate	____	2–3
Zaharuri, grăsimi, produse de tip fast-food	____	—
Băuturi răcoritoare	____	—
Băuturi alcoolice	____	<2

Instrucţiuni: cereţi pacientului să rememoreze o perioadă de 24 de ore (poate chiar două astfel de perioade) înainte de a completa formularul.

(Surse: Nutrition Screening–American Academy of Family Physicians. The Nutrition Screening Initiative. Available at: www.aafp.org/PreBuilt/NSI_DETERMINE.pdf. Accessed January 23, 2008; Rapid Screen for Dietary Intake—Nestle M. Nutrition. In Woolf SH, Jonas S, Lawrence RS, eds. Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.)

PLANŞA 4-3 Factori de risc pentru obezitate şi afecţiuni asociate

Cardiovasculari

- Hipertensiune
- Insuficienţă cardiacă congestivă
- Cord pulmonar
- Vene varicoase
- Embolism pulmonar
- Coronaropatie

Endocrini

- Sindrom metabolic
- Diabet de tip II
- Dislipidemie
- Sindrom de ovar polichistic/hiperandrogenism
- Amenoree/infertilitate/tulburări menstruale

Gastrointestinali

- Boală de reflux gastroesofagian (BRGE)
- Ficat gras nonalcoolic
- Colelitiază
- Hernii
- Cancer de colon

Genitourinari

- Incontinenţă urinară de efort
- Glomerulopatie indusă de obezitate
- Hipogonadism (la bărbaţi)
- Cancere mamare şi uterine
- Complicaţii ale sarcinii

Tegumentari

- Vergeturi
- Hiperpigmentare la nivelul picioarelor
- Limfedem
- Celulită
- Intertrigo, furuncul antracoid
- Acantozis nigricans/acrocordoane

Musculoscheletici

- Hiperuricemie şi gută
- Scăderea mobilităţii
- Osteoartrită (genunchi, şolduri)
- Durere lombară joasă

Neurologici

- Accident vascular cerebral
- Hipertensiune intracraniană idiopatică
- Meralgia paraestezică

Psihologici

- Depresie/ respect de sine scăzut
- Percepţie distorsionată a propriei imagini corporale
- Stigmatizare socială

Respiratori

- Dispnee
- Apnee obstructivă de somn
- Sindrom de hipoventilaţie
- Sindrom Pickwick
- Astm

(Surse: American Medical Association. Roadmaps for Clinical Practice—Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion—Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Available at: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/healthrisks.pdf. Accessed January 16, 2008.

PLANŞA 4-4

Obezitatea: modelul stadiilor schimbării şi evaluarea gradului de pregătire

Stadiul	Caracteristici	Ce spune pacientul	Intervenţia adecvată	Exemplu de iniţiere a dialogului
Pre-contemplare	Nu este conştient de problemă, nu este interesat de schimbare	„Nu prea mă interesează să slăbesc. Nu e una din problemele mele."	Oferiţi informaţii cu privire la riscurile pentru sănătate şi beneficiile scăderii ponderale	„Aţi dori să citiţi un material despre obezitate şi starea de sănătate?"
Contemplare	Conştient de problemă, începe să se gândească la schimbare	„Ştiu că trebuie să slăbesc, dar, cu toate lucrurile care mi se întâmplă acum, nu ştiu dacă sunt capabil."	Ajutaţi-l să depăşească starea de ambivalenţă; discutaţi despre piedici	„Haideţi să studiem împreună beneficiile scăderii ponderale şi ceea ce ar trebui să schimbaţi."
Pregătire	Realizează care sunt beneficiile schimbării şi se gândeşte la modalităţi de a implementa schimbarea	„Trebuie să slăbesc şi exact asta am de gând să fac."	Învăţaţi pacientul cum să-şi modifice comportamentul; oferiţi informaţii educative	„Haideţi să analizăm felul în care puteţi reduce aportul caloric şi creşte gradul de activitate din timpul zilei."
Acţiune	Se implică activ în producerea schimbării	„Fac tot ce pot. Este mai greu decât am crezut."	Oferiţi sprijin şi consiliere, cu conturarea unui plan pe termen lung	„Este îngrozitor că vă este atât de greu. Ce probleme aţi întâmpinat până acum? Cum le-aţi rezolvat? "
Menţinere	Obiectivele terapeutice iniţiale au fost atinse	„Am învăţat multe de când am început."	Controlul recidivelor	„În care situaţii continuaţi să vă simţiţi tentat de a exagera cu mâncarea? Ce credeţi că v-ar ajuta data viitoare când vă confruntaţi cu astfel de situaţii?"

(Surse: American Medical Association. Roadmaps for Clinical Practice—Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion—Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Available at: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/433/healthrisks.pdf. Accessed January 16, 2008; Adapted from Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In:?Miller WR, ed. Treating Addictive Behaviors. New York, NY: Plenum, 1986:3–27.)

PLANŞA 4-5

Regimul alimentar sănătos: piramida alimentelor U.S.D.A.

ACTIVITATE FIZICĂ

30 min – majoritatea zilelor

60 min – pentru a preveni câştigul ponderal

60-90 min – pentru a menţine pierderea ponderală



CEREALE Jumătate din raţia de cereale ar trebui să fie reprezentată de cerealele integrale	LEGUME Alegeţi tipuri diferite de legume	FRUCTE Concentraţi-vă asupra fructelor	LAPTE Nu uitaţi de alimentele bogate în calciu	CARNE & LEGUMINOASE Bazaţi-vă pe proteine
Consumaţi cel puţin 85 g de cereale integrale, pâine, covrigei, orez sau paste zilnic. 30 g înseamnă aproximativ o felie de pâine, o ceaşcă de cereale, sau ½ de ceaşcă de orez gătit, cereale sau paste	Consumaţi mai multe legume verzi, cum sunt broccoli, spanac şi alte legume cu frunze de culoare verde închis Consumaţi mai multe legume portocalii, de exemplu morcovii şi cartofii dulci Consumaţi mai multă fasole, mazăre, linte	Consumaţi cât mai multe tipuri de fructe Alegeţi fructele proaspete, congelate, conservate sau deshidratate Nu exageraţi cu sucurile din fructe	Alegeţi produsele lactate cu conţinut scăzut de grăsime sau degresate Dacă nu obişnuiţi sau nu puteţi consuma lapte, alegeţi produse fără lactoză sau alte surse de calciu, cum ar fi alimentele şi băuturile îmbogăţite în calciu	Alegeţi tipuri de carne slabă, carne macră sau de pasăre Gătiţi carnea la cuptor sau frigeţi la grătar Variaţi sursele de proteine – optaţi pentru o cantitate mai mare de peşte, fasole, mazăre, nuci şi seminţe
Pentru o dietă de 2000 de calorii aveţi nevoie de cantităţile de mai jos pentru fiecare grup de alimente. Pentru a afla care sunt cantităţile potrivite pentru dumneavoastră, consultaţi pagina MyPyramid.gov				
Consumaţi 170 g zilnic	Consumaţi 2½ ceşti zilnic	Consumaţi 2 ceşti zilnic	Consumaţi 3 ceşti zilnic Pentru copii între 2 şi 8 ani sunt necesare 2 ceşti	Consumaţi 150 g zilnic

Echilibraţi alimentaţia cu activitatea fizică

- Încercaţi să vă încadraţi în necesarul caloric zilnic.
- Practicaţi exerciţii fizice timp de minim 30 de minute pe zi în majoritatea zilelor săptămânii.
- Este posibil să aveţi nevoie de 60 de minute de exerciţiu fizic zilnic pentru a preveni creşterea ponderală.
- Pentru a menţine scăderea ponderală s-ar putea să fie nevoie de minim 60-90 de minute de exerciţiu fizic zilnic.
- Copiii şi adolescenţii ar trebui să practice exerciţiu fizic timp de 60 de minute zilnic, în majoritatea zilelor.

Aflaţi care sunt cantităţile maxime admise de grăsimi, zaharuri şi sare (sodiu)

- Alegeţi ca surse majoritare de grăsimi peştele, nucile şi uleiurile vegetale.
- Limitaţi consumul de grăsimi solide ca untul, margarina, rântaşurile şi untura, ca şi felurile de mâncare care le conţin.
- Citiţi secţiunea "Lista de ingrediente" de pe eticheta alimentelor pentru a menţine scăzut aportul de grăsimi saturate, grăsimi trans şi sodiu.
- Alegeţi mâncăruri şi băuturi cu adaos scăzut de zaharuri. Acestea aduc un aport caloric cu preţul unei cantităţi mici sau inexistente de nutrienţi.

PLANŞA 4-6 Consilierea nutriţională: surse de nutrienţi

Nutrient	Sursa alimentară
Calciu	Produse lactate, de exemplu iaurt, lapte şi brânzeturi naturale Cereale la micul dejun, sucuri din fructe cu suplimentarea conţinutului de calciu Legume cu frunze verzi, de exemplu varză furajeră sau napi
Fier	Scoici Carne macră, carne de curcan Cereale cu suplimentarea conţinutului de fier Spanac, mazăre, linte Pâine integrală şi îmbogăţită
Folaţi	Fasole şi mazăre gătită Portocale, suc de portocale Legume cu frunze verzi
Vitamina D	Lapte (îmbogăţit) Ouă, unt, margarină Cereale (îmbogăţite)

(Surse: Adapted from Dietary Guidelines Committee, 2000 Report. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC, Agricultural Research Service, U.S. Department of Agriculture, 2000.)

PLANŞA 4-7 Pacienţii hipertensivi: modificări dietetice recomandate

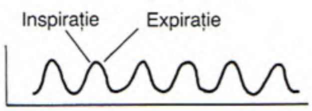
Modificarea dietetică	Sursa alimentară
Creşteţi aportul de alimente bogate în potasiu	Cartofi albi sau dulci copţi, legume verzi gătite, de exemplu spanac Banane, pătlagină, multe fructe uscate, suc de portocale
Scădeţi aportul de alimente bogate în sodiu	Conserve (supe, ton) Covrigei, chipsuri, murături, măsline Alimente procesate (cine congelate, ketchup, muştar) Alimente prăjite pane Sarea alimentară, inclusiv cea utilizată la gătit

(Surse: Adapted from Dietary Guidelines Committee, 2000 Report. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC, Agricultural Research Service, U.S. Department of Agriculture, 2000.)

PLANȘA 4-8

Anomalii ale frecvenței și ritmului respirator

Atunci când observați respirația pacientului, urmăriți: *frecvența*, *profunzimea* și *regularitatea* respirațiilor. Descrieți ceea ce vedeți atingând aceste puncte. Mai jos este redată terminologia tradițională (ex. tahipneea), însă în principiu sunt recomandate descrierile simple.



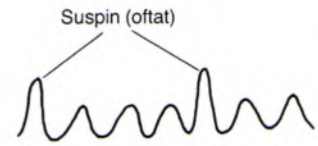
Respirația normală

Frecvența respiratorie este de aproximativ 14-20 pe minut la adulții normali și până la 44 pe minut la copii.



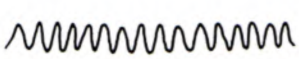
Respirația încetinită *(Bradipneea)*

Respirația încetinită poate fi rezultatul comei diabetice, depresiei respiratorii induse medicamentos, și hipertensiunii intracraniene.



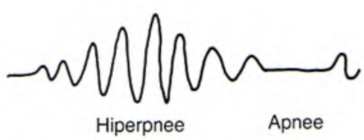
Respirația oftată

Respirația întreruptă de oftaturi frecvente ar trebui să ridice suspiciunea în privința unui sindrom de hiperventilație – o cauză frecventă de dispnee și amețeală. Oftaturile ocazionale sunt normale.



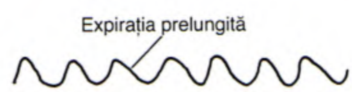
Respirația rapidă și superficială *(Tahipneea)*

Respirația rapidă și superficială are mai multe cauze, printre care boala pulmonară restrictivă, durerea toracică pleurală, și ascensionarea diafragmului.



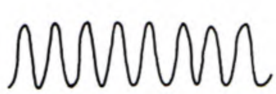
Respirația Cheyne-Stokes

Perioade de respirație profundă ce alternează cu perioade de apnee (lipsa respirației). Acest tip poate apărea în mod normal în timpul somnului la copii sau la vârstnici. Alte cauze includ insuficiența cardiacă, uremia, depresia respiratorie indusă medicamentos și leziunile cerebrale (tipic bilateral, la nivelul emisferelor cerebrale sau al diencefalului).



Respirația obstructivă

În boala pulmonară obstructivă, expirația este prelungită din cauza îngustării căilor aeriene, ce duce la creșterea rezistenței la fluxul de aer. Cauzele includ astmul, bronșita cronică și BPOC.



Respirația rapidă și profundă *(Hiperpneea, Hiperventilația)*

Respirația rapidă și profundă are mai multe cauze, printre care exercițiul fizic, anxietatea și acidoza metabolică. La pacientul comatos luați în considerare infarctul, hipoxia, sau hipoglicemia cu afectarea mezencefalului sau a punții. *Respirația Kussmaul* este o respirație profundă, cauzată de acidoza metabolică. Poate fi rapidă, cu frecvență normală sau încetinită.



Respirația ataxică *(Respirația Biot)*

Respirația ataxică este caracterizată de o neregularitate impredictibilă. Respirațiile pot fi superficiale sau profunde și se pot opri pentru perioade scurte de timp. Cauzele includ depresia respiratorie și leziunile nervoase, în special la nivel medular.

CAPITOLUL

Comportamentul și starea de sănătate mentală

5

În calitate de clinicieni, suntem programaţi să monitorizăm, să depistăm, să investigăm şi să încurajăm modelele comportamentale care sunt benefice pentru starea de sănătate. Atitudinea empatică şi observaţia minuţioasă ne deschid o perspectivă unică asupra înfăţişării, preocupărilor şi obiceiurilor pacientului. Cu toate acestea, medicilor le scapă adesea indicii ale afecţiunilor psihice sau ale comportamentelor disfuncţionale nocive ale pacienţilor. În cadrul acestui capitol sunt prezentate simptome şi comportamente frecvent întâlnite în practica clinică, concepte utile în orientarea anamnezei atunci când există suspiciuni cu privire la starea de sănătate mentală, priorităţi în promovarea sănătăţii mentale şi consiliere, şi elementele formale ale *examinării psihice* care ar trebui efectuată atunci când sunt prezente probleme de comportament care sugerează afecţiuni psihice.

Între sănătate şi comportament există o strânsă legătură, evidenţiată în detaliu în secţiunile numite "Profilaxie şi consiliere" din această carte. Datele statistice guvernamentale, ghidurile oferite de departamentul Surgeon General al Serviciului de sănătate publică, rapoartele întocmite de Centrul de Medicină Preventivă din SUA şi Centrul pentru Controlul şi Profilaxia Bolilor (CDC) şi luările de poziţie ale principalelor organizaţii profesionale – toate atestă importanţa menţinerii şi promovării sănătăţii mentale şi fizice a pacienţilor noştri. În ciuda valorilor prevalenţei afecţiunilor psihice, depistarea este dificilă, iar ratele recunoaşterii şi tratamentului sunt scăzute. Prevalenţa afecţiunilor psihice în populaţia Statelor Unite este de 30%,[1] şi totuşi doar aproximativ 20% dintre cei afectaţi primesc tratamentul cuvenit. Chiar şi în cazul pacienţilor care beneficiază de îngrijire, dovezile sugerează că aderenţa la măsurile terapeutice în cadrul cabinetelor de asistenţă medicală primară este mai mică de 50%.[2]

Învăţarea şi recunoaşterea trăsăturilor uzuale ale afecţiunilor psihice şi fizice prezintă o importanţă deosebită în practica medicală, în condiţiile unui număr insuficient de medici psihiatri şi a necesităţii creşterii calităţii serviciilor oferite în cabinetul medical. Adesea pacienţii prezintă mai mult de o afecţiune de ordin psihiatric, cu simptome care pot mima tabloul unor afecţiuni medicale. Se ştie că "aceste afecţiuni se asociază cu morbiditate psihosocială marcată şi că toate sunt tratabile".[3] Medicii trebuie să caute semne de depresie sau anxietate la pacienţii cu abuz de substanţe, şi de asemenea să investigheze abuzul de substanţe la pacienţii anxioşi sau depresivi. În plus, medicii trebuie să identifice "pacienţii dificili", care adeseori sunt cei cu multiple simptome inexplicabile şi cu afecţiuni psihiatrice subiacente care se pretează la tratament. Fără îmbunătăţirea "diagnosticului dual" sănătatea, funcţionalitatea şi calitatea vieţii pacientului sunt în pericol.

SIMPTOMATOLOGIE ŞI COMPORTAMENT

Simptomele pacientului: Ce semnificaţie au? Pentru medicii aflaţi la începutul carierei, provocarea constă în a ordona multitudinea de simptome întâlnite în timpul consultaţiilor. După cum am văzut, simptomele pot fi de ordin psihologic, având legătură cu dispoziţia sau cu anxietatea, sau de ordin *fizic*, legate de o senzaţie corporală, cum este durerea, oboseala, sau palpitaţiile. În literatura de specialitate referitoare la sănătatea psihică, simptomele de ordin fizic sunt adesea numite *somatice*. Studiile arată că simptomele fizice sunt motivul a peste 50% din prezentările la medic în Statele Unite.[4] Aproximativ 5% din aceste simptome sunt acute şi necesită evaluare imediată. Între 70% şi 75% sunt minore sau autolimitate, şi se rezolvă în cca şase săptămâni. Cu toate acestea, aproximativ 25% dintre pacienţi prezintă simptomatologie persistentă, recidivantă, care nu este identificată prin examen fizic şi anamneză, fiind ratată astfel şansa ameliorării. Per total, pentru 30% din simptome *nu poate fi identificată o explicaţie de ordin medical.* Dintre aceste simptome, unele sunt izolate şi persistă mai mult decât celelalte – de exemplu lombalgia, cefaleea, simptomele musculoscheletice. În alte cazuri simptomele apar grupate în *sindroame funcţionale*, cum ar fi sindromul de intestin iritabil, fibromialgia, sindromul de oboseală cronică, sindromul articulaţiei temporomandibulare şi sensibilitatea la multiple substanţe chimice.

Vezi Planşa 5-1, Tulburări somatoforme, pag. 159, pentru tipurile de tulburări somatoforme şi ghidurile de management clinic.

Un *simptom fizic* poate fi explicat fizic sau medical, sau poate să nu aibă o explicaţie; în cazul unui *simptom somatoform* lipseşte o explicaţie adecvată medicală sau fizică. O *tulburare somatoformă* întruneşte criteriile diagnostice DSM-IV-TR.[5]

Simptome fără o explicaţie medicală. Medicii sunt puşi în faţa sarcinii descurajante de a decide dacă vor eticheta aceste simptome şi sindroame fără explicaţie medicală ca fiind de ordin medical sau psihiatric. Conform experţilor în domeniu, "în calea pacienţilor cu tulburări psihice sau psihosomatice, cabinetele de asistenţă medicală primară reprezintă prima staţie".[6] De exemplu, două treimi din totalul pacienţilor cu depresie acuză simptome fizice, şi jumătate relatează multiple simptome neexplicate, de ordin fizic sau somatic.[7] În plus, s-a observat că sindroamele funcţionale "apar adesea împreună şi împărtăşesc trăsături definitorii şi anumite anomalii obiective".[8] De exemplu, prin analiza a 53 de studii clinice, rata de coexistenţă a fibromialgiei şi sindromului de oboseală cronică avea valori cuprinse între 34% şi 70%. Eşecul identificării amestecului de simptome fizice şi sindroame funcţionale cu afecţiuni psihiatrice comune – anxietatea, depresia, simptomatologia neexplicată sau somatoformă şi abuzul de substanţe – contribuie la scăderea calităţii vieţii pacientului şi afectează rezultatele tratamentului. Adesea, aceşti pacienţi sunt "utilizatori intenşi" ai sistemului de sănătate şi prezintă dizabilitate importantă.

Pacienţii cu simptome neexplicate medical şi probleme psihiatrice neidentificate sunt adesea etichetaţi ca "pacienţi dificili". Depresia şi anxietatea cresc de trei ori probabilitatea ca medicii să considere dificile întâlnirile cu aceşti pacienţi, iar somatizarea creşte această probabilitate de nouă ori.[9] Pacienţii cu simptome neexplicate medical constituie un grup eterogen, în cadrul căruia manifestările variază de la simple deteriorări până la întrunirea formală a criteriilor DSM-IV-TR pentru tulburări afective şi de somatizare. Autorii primului studiu randomizat şi controlat care a inclus pacienţi cu simptome neexplicate medical recomandă interpretarea acestei tendinţe de grupare a simptomelor ca pe "un semnal de alarmă cu privire la stresul psihologic subiacent, care se manifestă prin depresie în stadiile avansate."[10]

TULBURĂRI PSIHICE ŞI SIMPTOME NEEXPLICATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

Tulburări psihice în asistenţa medicală primară

- Aproximativ 20% din pacienţii din ambulatoriu suferă de tulburări psihice, însă 50% până la 75% dintre aceste tulburări rămân nediagnosticate şi netratate.[11,12]
- Prevalenţa tulburărilor psihice în ambulatoriu este de aproximativ:[5,11,13,14]
  - Anxietate – 20%
  - Tulburări afective, inclusiv distimia, tulburarea depresivă şi tulburarea bipolară – 25%
  - Depresia – 10%
  - Tulburări somatoforme – între 10% şi 15%
  - Abuzul de alcool şi alte substanţe – între 15% şi 20%

Simptome explicate şi neexplicate

- Jumătate din consultaţiile medicale au drept cauză simptome fizice.
- Aproximativ o treime din simptomele fizice rămân neexplicate; la 20-25% din pacienţi, simptomele fizice devin cronice sau recurente.[4,7]
- La pacienţii cu *simptome neexplicate*, prevalenţa depresiei şi anxietăţii depăşeşte 50% şi creşte proporţional cu numărul total al simptomelor fizice raportate,[4,7] ceea ce face ca depistarea şi "diagnosticul dual" să fie obiective clinice importante.

Sindroame funcţionale frecvente

- Ratele de coexistenţă a *sindroamelor funcţionale frecvente* cum ar fi sindromul de intestin iritabil, fibromialgia, sindromul de oboseală cronică, sindromul articulaţiei temporomandibulare şi sensibilitatea la multiple substanţe chimice ajung la valori de 30% până la 90%, în funcţie de afecţiunile comparate.[8]
- Prevalenţa *suprapunerii simptomelor* în cadrul sindroamelor funcţionale frecvente este mare: mai exact, pacienţii acuză oboseală, tulburări ale somnului, dureri musculoscheletice, cefalee şi tulburări gastrointestinale.
- În cazul sindroamelor funcţionale frecvente se remarcă de asemenea suprapunerea ratelor referitoare la afectarea funcţională, comorbidităţile psihiatrice şi răspunsul la terapia cognitivă şi antidepresivă.

Elemente de identificare a candidaţilor pentru screening selectiv al sănătăţii mentale. Afecţiunile neexplicate care persistă mai mult de şase săptămâni sunt considerate ca fiind afecţiuni cronice frecvente, a căror prezenţă ar trebui să impună screeningul pentru depresie, anxietate, sau pentru ambele. Deoarece efectuarea acestui tip de screening la toţi pacienţii necesită mult timp şi este costisitoare, experţii recomandă o abordare cu două niveluri: câteva întrebări scurte de screening, cu sensibilitate şi specificitate înaltă pentru pacienţii aflaţi la risc, urmate de investigare mai aprofundată la nevoie. În cazul anumitor grupuri de pacienţi este justificat screeningul rapid, deoarece ratele de coexistenţă ale anxietăţii şi depresiei au valori ridicate.

Deşi explicaţiile sunt încă insuficiente, studiile recente au contribuit la elucidarea misterului legat de *sindroamele funcţionale* şi *suprapunerile de simptome*, oferind instrumente practice, raţionale de screening pentru depistarea afecţiunilor psihice, adecvate folosirii în cabinetul medical. Un astfel de instrument, deja consacrat, este chestionarul PRIME-MD; acesta cuprinde 26 de întrebări, iar aplicarea lui durează până la 10 minute. În următorii 5-8 ani, se va

ELEMENTE DE IDENTIFICARE A CANDIDAȚILOR PENTRU SCREENINGUL SĂNĂTĂȚII MENTALE[4,7]

- Simptome fizice neexplicate medical – peste jumătate au o afecţiune care evoluează cu anxietate sau depresie
- Multiple simptome fizice sau somatice sau „număr total mare de simptome"
- Severitate mare a simptomului somatic principal acuzat la prezentare
- Durere cronică
- Simptome cu durată mai mare de 6 săptămâni
- Medicul evaluează consultaţia ca fiind o „întâlnire dificilă"
- Stres recent
- Părere proastă despre propria stare de sănătate
- Consum intens de servicii de îngrijire medicală
- Abuz de substanţe

Durerea cronică poate face parte din spectrul tulburărilor asociate anxietăţii, depresiei sau simptomelor somatice. Vezi Capitolul 4, Iniţierea examenului clinic: evaluarea stării generale, semnele vitale şi durerea, pag. 101-134.

ajunge probabil la o mai bună separare a categoriilor actuale de diagnostic DSM-IV-TR, concomitent cu apariţia unor noi instrumente de screening în cabinetul medical, din ce în ce mai eficiente.[10,14,15]

ÎNTREBĂRI PENTRU UN SCREENING EFICIENT ÎN CABINETUL MEDICAL – ÎNSĂ ESTE NEVOIE DE UN SISTEM DE URMĂRIRE ÎN VEDEREA DIAGNOSTICULUI ŞI A TRATAMENTULUI...

Depresia[11,16,17]

- În ultimele 2 săptămâni v-aţi simţit trist, deprimat sau lipsit de speranţă?
- În ultimele 2 săptămâni aţi simţit că a face diverse lucruri vă interesează puţin sau vă produce puţină plăcere (anhedonie)?

Anxietatea

- Tulburările de anxietate includ: tulburarea de anxietate generalizată, fobia socială, tulburarea de panică, tulburarea de stres posttraumatic şi stresul acut.
- Scala pentru tulburarea de anxietate generalizată: cu 2 elemente sau cu 7 elemente[18,19]
- Tulburarea de panică: în ultimele 4 săptămâni, aţi avut vreun acces de anxietate – aţi experimentat brusc un sentiment de frică sau panică?[20]

Trăsături ale ipohondriei

- Indicele Whiteley: scală de auto-evaluare (de către pacient) cu 14 elemente[15,21]

Abuzul de alcool sau substanţe specifice

- Chestionarul CAGE adaptat pentru abuzul de alcool sau droguri – vezi Capitolul 3, Anamneza şi antecedentele personale, pag. 84.

Multidimensional

- PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders – Evaluarea pentru afecţiuni psihice în asistenţa medicală primară) – pentru primele cinci afecţiuni în ordinea frecvenţei cu care apar în cabinetele din ambulator: depresia, anxietatea, alcoolismul, tulburările somatoforme şi tulburările de comportament alimentar; un chestionar cu 26 de întrebări, destinat pacienţilor, a cărui completare este urmată de evaluarea medicului; durează aproximativ 10 minute[22]
- PPRIME-MD Chestionar de Evaluare a Sănătăţii Pacientului – disponibil pentru auto-evaluare de către pacient; durează aproximativ 3 minute[13]

Tulburări de personalitate. Pacienții cu *tulburări de personalitate* constituie un alt grup de pacienți „dificili", care pot adesea trece neobservați în cursul consultației medicale din cabinet. Modalitatea de adaptare interpersonală a acestor pacienți este disfuncțională, și are ca rezultat dezbinarea și destabilizarea relațiilor cu ceilalți, inclusiv cu furnizorii de servicii medicale. Frecvent, aceste trăsături comportamentale disfuncționale sunt constituite încă de la începutul copilăriei. Conform criteriilor DSM-IV-TR, există 10 tipuri de astfel de tulburări de personalitate, redate în tabelul de mai jos. Pentru a întruni aceste criterii, tulburările trebuie să aibă debut precoce, evoluție stabilă de-a lungul timpului și în diverse situații, și să nu fie rezultatul exclusiv al unor afecțiuni medicale generale, al administrării unor medicamente sau al abuzului de substanțe.[23] Prevalența globală în studiile de comunitate este de aproximativ 6%.[24,25] Aproximativ jumătate din cei cu astfel de tulburări nu sunt identificați în cadrul asistenței medicale primare, coexistența acestor tulburări cu abuzul de alcool sau substanțe specifice fiind frecventă: 28%, respectiv 48%.[26,27]

• Tulburări de personalitate

Tipul de personalitate	Modele comportamentale caracteristice
Paranoidă	Neîncredere și suspiciune
Schizoidă	Detașare de relațiile sociale, cu o gamă restrânsă de expresie emoțională
Schizotipală	Excentricități de comportament și distorsiuni cognitive; disconfort acut în relațiile intime
Antisocială	Desconsiderarea drepturilor altora; disfuncționalitate în ceea ce privește dezvoltarea scrupulelor și remușcărilor legate de răul făcut celorlalți
Borderline	Relațiile interpersonale, imaginea de sine și reacțiile afective sunt caracterizate prin instabilitate
Histrionică	Hiperreactivitate emoțională, comportament teatral și seducție
Narcisistică	Grandoare, nevoia de admirație și lipsa de empatie
Evitantă	Inhibiție socială, sentimente de inadecvare și hipersensibilitate la evaluarea negativă
Dependentă	Comportament supus, obedient, de dependență emoțională, necesitatea excesivă de a fi protejat de cineva
Obsesiv–compulsivă	Rigiditate, grijă pentru detaliu, adesea asociate cu efectuarea compulsivă, repetitivă și inutilă a unor acțiuni

(Sursa: Schiffer RB. Psychiatric disorders in medical practice. În: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Textbook of Medicine, 22nd ed. Philadelphia: Saunders, 2004:2628-2639.)

Prezentarea în detaliu a tabloului clinic pentru fiecare tulburare de personalitate în parte depășește menirea acestei cărți, însă merită un studiu mai aprofundat. Interacțiunea cu *pacienții care au tulburare de personalitate de tip borderline* este în mod particular dificilă. Prevalența acesteia în practica medicală din cabinetele de asistență medicală primară este de 6%, deși diagnosticul este adesea ratat.[25] Peste 90% din pacienții cu această tulburare întrunesc de asemenea criteriile pentru alte tulburări de personalitate. Deoarece multe din simptomele care apar în tulburarea borderline apar și în alte afecțiuni, cum ar fi anxietatea, depresia, abuzul de substanțe și tulburările de comportament alimentar, diagnosticul subiacent poate trece neobservat. Pacienții cu tulburare de personalitate de tip borderline sunt impulsivi – peste 50% prezintă tentative de suicid și se taie sau se rănesc în alt fel.[28] Mai bine de jumătate își pierd locul de muncă din cauza problemelor de relaționare cu ceilalți.

Aproximativ o treime trăiesc experienţa abuzului sexual. Atunci când aceşti pacienţi descriu perspectiva şi sentimentele proprii, ei relatează de obicei faptul că se simt nefericiţi, deprimaţi sau deznădăjduiţi; cu schimbări de dispoziţie şi emoţii necontrolate, care duc la stări extreme, de tipul furiei, tristeţii şi anxietăţii; teama de respingere sau abandon de către cei la care ţin (şi totuşi, incapacitatea de a menţine relaţii normale cu aceştia); şi incapacitatea de a se calma sau de a se consola în momentele grele, în care resimt dependenţa de ceilalţi în vederea îmbărbătării, cu un sentiment general de pustietate. Medicii au tendinţa de a eticheta aceşti pacienţi ca fiind pretenţioşi, diversionişti şi manipulatori. Prin recunoaşterea trăsăturilor caracteristice personalităţii tip borderline, pacientul este trimis în timp util la medicul specialist, şi astfel se îmbunătăţeşte relaţia cu furnizorii de servicii medicale şi, posibil, se ameliorează suferinţa şi durerea resimţite de aceşti pacienţi în viaţa de zi cu zi.[23]

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Modificări de atenţie, dispoziţie, sau vorbire
- Modificări de discernământ, orientare sau memorie
- Anxietate, panică, comportament ritualic, sau fobii
- Delir sau demenţă

Generalităţi. Ca şi în cazul examenului clinic general, evaluarea stării psihice începe cu primele cuvinte ale pacientului. Pe măsură ce adunaţi informaţii referitoare la antecedentele personale ale pacientului, veţi evalua rapid gradul de *alertă* şi *orientare* al acestuia, *dispoziţia*, *atenţia* şi *memoria*. Pe măsură ce istoricul medical se conturează, veţi avea acces la date referitoare la *discernământul* şi *raţionamentul* pacientului, dar şi la orice tip de *gânduri sau percepţii recurente sau neobişnuite*. În anumite cazuri, va trebui să formulaţi întrebări specifice şi să efectuaţi o evaluare mai aprofundată a stării psihice. Aşa cum unele simptome, ca variaţiile tensiunii arteriale sau suflurile valvulare, vă ajută să discerneţi între starea de sănătate şi cea de boală a sistemului cardiovascular, în acelaşi mod elementele funcţiilor psihice elucidează anumite afecţiuni.

Mulţi dintre termenii utili în descrierea stării psihice a pacientului vă sunt cunoscuţi din conversaţiile de societate. Acordaţi timpul necesar înţelegerii sensului exact al terminologiei (detaliată în tabelul următor) în contextul evaluării metodice a stării psihice.

Atenţia, dispoziţia, vorbirea; discernământul, orientarea, memoria. O mare parte din informaţiile referitoare la *starea psihică* a pacientului devine evidentă încă din timpul anamnezei. Pe măsură ce discutaţi cu pacientul şi îl ascultaţi, evaluaţi *nivelul de conştienţă*; *aspectul general*; *dispoziţia*, inclusiv semne de depresie sau manie; şi *capacitatea de a fi atent, de a-şi aminti, de a înţelege* şi *de a vorbi*. Prin încadrarea informaţiilor referitoare la vocabularul pacientului şi a altor informaţii cu caracter general în contextul istoricului educaţional şi cultural al acestuia, puteţi realiza o primă estimare aproximativă a gradului de inteligenţă. În mod similar, reacţiile pacientului la starea de boală şi anumite împrejurări din viaţa sa sunt adesea sugestive pentru *discernământul* şi *raţionamentul* acestuia.

Vezi Planşa 5-2, Tulburări afective, pag. 160 şi Planşa 17-5, Tulburări de vorbire, pag. 722.

TERMINOLOGIE: EXAMINAREA STĂRII PSIHICE

Nivel de conştienţă	Gradul de alertă şi conştientizarea mediului înconjurător
Atenţie	Capacitatea de concentrare în timp asupra unei sarcini sau activităţi – o persoană cu atenţie deficitară sau distractibilă, cu afectarea stării de conştienţă, are dificultăţi în a relata istoricul bolii sau a răspunde la întrebări
Memorie	Procesul de înregistrare a informaţiei – se solicită pacientului să repete imediat anumite date, fapt urmat de stocarea sau reţinerea informaţiei. *Memoria recentă, sau de scurtă durată* acţionează timp de câteva minute, ore sau zile; *memoria îndepărtată sau de lungă durată* se referă la intervale de ordinul anilor
Orientare	Conştientizarea propriei identităţi, a localizării în timp şi spaţiu; necesită atât memorie cât şi atenţie
Percepţii	Percepţia senzorială a obiectelor din mediu şi a relaţiilor existente între acestea (stimuli externi); se referă şi la stimuli interni, cum ar fi visurile sau halucinaţiile
Procese de gândire	Logica, relevanţa şi coerenţa gândurilor pacientului implicate în atingerea anumitor scopuri, sau altfel spus, *cum* gândesc oamenii
Conţinutul gândirii	*La ce* se gândeşte pacientul; se include aici gradul de discernământ şi raţionamentul
Discernământ	Conştientizarea faptului că simptomele sau comportamentele modificate sunt normale sau anormale; de exemplu, distincţia făcută între fantezii (starea de reverie) şi halucinaţii care par a fi reale
Raţionament	Procesul de comparare şi evaluare a alternativelor înainte de a lua o decizie; reflectă valori care pot sau nu să fie fundamentate pe realitate şi norme sau convenţii sociale
Afect	O reacţie emoţională, observabilă, de obicei episodică, exprimată prin intermediul vocii, expresiei faciale, sau comportamentului
Dispoziţie	Reacţie emoţională mai susţinută, care poate influenţa perspectiva personală asupra lucrurilor (dispoziţia este pentru afect ceea ce clima este pentru vreme)
Limbaj	Un sistem simbolic complex ce are ca scop exprimarea, recepţionarea şi înţelegerea cuvintelor; similar nivelului de conştienţă, atenţiei şi memoriei, limbajul joacă un rol esenţial în evaluarea altor funcţii mentale
Funcţii cognitive superioare	Evaluate prin intermediul vocabularului, bagajului informaţional, gândirii abstracte, capacităţii de a face calcule, construirii de obiecte bi- sau tridimensionale

Dacă suspectaţi o problemă de orientare sau de memorie, puteţi începe prin a adresa următoarele întrebări: „Ia să vedem, când aţi fost ultima oară la consultaţie?" „Şi în ce dată suntem azi?". Cu cât reuşiţi să integraţi mai bine investigarea stării psihice într-o anamneză sensibilă la nevoile pacientului, cu atât aceasta va semăna mai puţin cu un interogatoriu.

Anxietatea, panica, comportamentul ritualic, fobiile. Dacă pacientul are idei, preocupări, credinţe sau percepţii neobişnuite, studiaţi-le pe măsură ce acestea ies la iveală în timpul anamnezei. De exemplu, grijile care persistă timp de 6 luni sugerează prezenţa *tulburării de anxietate generalizată*, cea mai frecventă afecţiune psihiatrică în Statele Unite, după abuzul de substanţe, cu o prevalenţă de-a lungul vieţii de aproximativ 5%.[29] În timp, veţi ajunge să recunoaşteţi diverse afecţiuni care pot mima această boală: *tulburarea de panică*, caracterizată prin atacuri de panică recurente urmate de o perioadă de anxietate legată de viitoarele atacuri; *tulburarea obsesiv-compulsivă*, cu gânduri obsesive şi comportamente ritualice; *sindromul de stres posttraumatic*, caracterizat prin comportament evitant, anestezie emoţională şi hiperexcitabilitate; şi *fobia socială*, manifestată prin anxietate marcată în anticiparea anumitor circumstanţe sociale. În astfel de cazuri, va trebui să adăugaţi la anamneză întrebări specifice. Este posibil să simţiţi nevoia de a aprofunda problema prin efectuarea unei examinări metodice a stării psihice. Părţile componente ale acestui examen sunt descrise în secţiunea Tehnici de examinare, pag. 145-155.

Vezi Planşa 5-3, Tulburări de anxietate, pag. 161, şi Planşa 5-4, Tulburări psihotice, pag. 162.

Delirul sau demenţa. În cazul tuturor pacienţilor cu leziuni cerebrale obiectivate medical sau doar suspicionate, cu simptome psihiatrice sau relatări ale membrilor familiei asupra unor simptome comportamentale, este necesară o evaluare amănunţită şi sistematică. Pacienţii pot prezenta modificări comportamentale subtile, probleme în a-şi lua în mod regulat medicamentele prescrise, probleme legate de îndeplinirea sarcinilor domestice sau de plata facturilor, sau pierderea interesului pentru activităţile uzuale. Există cazuri în care pacienţii prezintă un comportament ciudat după o intervenţie chirurgicală sau în cursul unei boli acute. Fiecare problemă trebuie identificată cât mai prompt. Funcţiile mentale influenţează capacitatea de a păstra un loc de muncă şi sunt importante în evaluarea dizabilităţii.

Vezi Planşa 20-2, Delirul şi demenţa, pag. 931.

Pot exista semne de depresie sau demenţă.

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Screeningul pentru depresie şi tendinţa la suicid
- Screeningul pentru demenţă

Impactul afecţiunilor psihice este masiv. Acestea afectează un procent de 26% dintre americanii cu vârste mai mari sau egale cu 18 ani, sau aproximativ 58 de milioane de persoane.[30] Acest număr înseamnă aproximativ unul din patru adulţi pe parcursul unui an. Tulburările psihice severe afectează aproximativ 6% din populaţie. Majoritatea persoanelor cu o afecţiune mentală, sau 45%, întrunesc criteriile pentru două sau mai multe astfel de afecţiuni. Severitatea afecţiunii este strâns corelată cu comorbiditatea. În ceea ce priveşte populaţia generală, concentraţi-vă atenţia asupra

a trei elemente importante care adesea sunt trecute cu vederea în cadrul promovării stării de sănătate şi consiliere: depresia, riscul de suicid şi demenţa. Totodată, nu uitaţi să efectuaţi de rutină screeningul pentru dependenţa de alcool sau droguri.

Vezi Capitolul 3, Anamneza şi antecedentele personale, pag. 83-84.

Depresia. *Depresia majoră* este o afecţiune medicală frecventă, care coexistă adesea cu alte tulburări psihice, mai ales cu anxietatea sau abuzul de substanţe. Prevalenţa de-a lungul întregii vieţi este ridicată, de 16%, cu o prevalenţă anuală de 6,7%, sau aproximativ 15 milioane de adulţi.[1,30] Probabilitatea depresiei este dublă la femei comparativ cu bărbaţii; prevalenţa depresiei postpartum este de 10-15%. Depresia însoţeşte adesea afecţiuni medicale severe, cum ar fi diabetul, cardiopatia, bolile oncologice, accidentul vascular cerebral şi HIV/SIDA; consecinţele şi costurile îngrijirii acestor afecţiuni sunt ameliorate atunci când se tratează depresia. Cei care lucrează în asistenţa medicală primară pot trece adesea cu vederea semnele precoce ale depresiei, cum sunt scăderea respectului de sine, pierderea plăcerii de a efectua activităţi cotidiene (*anhedonie*), tulburări de somn şi probleme de concentrare sau dificultăţi în luarea deciziilor. Căutaţi atent simptomele depresiei, mai ales la pacienţii tineri, de sex feminin, neimplicaţi într-o relaţie, divorţaţi sau despărţiţi, cu boli severe sau cronice, sau aflaţi în doliu. Un risc crescut prezintă şi cei cu antecedente personale patologice sau heredo-colaterale de depresie.

Centrul de Medicină Preventivă din SUA recomandă screeningul în condiţii clinice adecvate, care permit stabilirea unui diagnostic exact, a tratamentului şi a monitorizării evoluţiei.[31,32] Instrumentele de screening adecvate folosirii în cabinetul medical sunt deja disponibile. Toate rezultatele pozitive ale testelor screening impun o evaluare diagnostică formală aprofundată. Incapacitatea de a diagnostica depresia poate avea consecinţe fatale – ratele suicidului în rândul pacienţilor cu depresie majoră sunt de opt ori mai mari decât cele din populaţia generală.

Vezi întrebările de screening de la pag. 84 şi trecerea în revistă a instrumentelor de screening deja disponibile pentru practica clinică la cabinetul medical.[17,33-35]

Suicidul. Prevenirea sinuciderilor reprezintă un imperativ în cadrul sănătăţii publice. În momentul de faţă suicidul deţine poziţia 11 printre principalele cauze de deces în Statele Unite, şi reprezintă a treia cauză de deces pentru categoria de vârstă 10-24 de ani.[36,37] Cele mai noi date, din 2004, indică o rată globală a sinuciderilor de 10,9 la 100.000 de locuitori. Fiecărei sinucideri îi revin între 8 şi 25 de tentative de suicid. Ratele suicidului sunt de patru ori mai mari la bărbaţi, probabilitatea ca aceştia să folosească arme de foc fiind mai mare şi prevalenţa otrăvirii fiind mai mică, faţă de femei. Suicidul atinge valori maxime ale frecvenţei în rândul bărbaţilor din rasa albă cu vârste mai mari de 65 de ani (14,3 decese la 100.000). În cazul bărbaţilor albi cu vârste mai mari de 85 de ani ratele cresc până la 17,8 decese la 100.000.

Elementele care indică probabilitatea de suicid sunt variabile şi subtile. S-a constatat că peste jumătate din cei care au comis suicid fuseseră la medic în luna care a precedat sinuciderea, iar între 10% şi 40% în săptămâna dinainte.[38] Două treimi dintre sinucideri reuşesc de la prima încercare. Au fost identificaţi factorii de risc major: peste 90% din cei care comit suicid suferă de depresie sau alte tulburări psihice, sau abuzează de anumite substanţe. Alţi factori de risc sunt: tentativele anterioare de suicid; idei psihotice sau delirante; istoric familial de suicid, tulburări psihice sau abuz de substanţe; violenţă familială, inclusiv abuzul fizic sau sexual; prezenţa armelor de foc în casă; şi încarcerarea. Dacă suspectaţi posibilitatea suicidului pe baza examenului clinic, încercaţi să aflaţi mai multe, adresând pacienţilor întrebări directe referitoare la idei şi/sau planuri suicidare. Pacienţii aflaţi la risc trebuie îndrumaţi imediat către un psihiatru. Dată fiind incidenţa actuală scăzută a suicidului, se recomandă utilizarea screeningului ţintit, mai degrabă decât a celui general.

Vezi Capitolul 20, Adultul vârstnic, pag. 893-933, Planşa 20-1, Competenţe esenţiale în geriatrie, pag. 930 şi Planşa 20-2, Delirul şi demenţa, pag. 931.

Abuzul de alcool şi alte substanţe. După cum s-a discutat în acest capitol, interacţiunile şi comorbidităţile abuzului de alcool şi alte substanţe cu tulburările mentale şi suicidul sunt atât ample cât şi profunde. Consumul de alcool, tutun şi substanţe ilegale este răspunzător pentru mai multe decese, boli şi dizabilităţi decât orice altă afecţiune medicală care ar putea fi prevenită. Prevalenţa de-a lungul vieţii a consumului de alcool şi substanţe ilegale în Statele Unite are valori cuprinse între 13% şi 3%. În cadrul unor studii recente efectuate în SUA, 8% dintre cei cu vârsta mai mare sau egală cu 12 ani, adică aproximativ 19 milioane de persoane, au relatat consumul de droguri ilegale în ultimele 30 de zile. Cifra estimată a celor dependenţi sau care abuzează de droguri ilegale este de 3%; la 60% din aceştia, substanţa implicată este marijuana.[39] Deoarece screeningul pentru consumul de alcool sau droguri face parte din anamneza *oricărui* pacient, Capitolul 3, Anamneza şi antecedentele personale, cuprinde informaţii referitoare la acesta.

Vezi Capitolul 3, Anamneza şi antecedentele personale – Alcoolul şi substanţele ilegale, pag. 83-84. Vezi de asemenea Capitolul 11, Abdomenul – Screening pentru abuzul de alcool, pag. 429-430.

TEHNICI DE EXAMINARE

Elemente importante ale examinării stării psihice

- Înfăţişarea şi comportamentul
- Vorbirea şi limbajul
- Starea de dispoziţie
- Gândirea şi percepţiile
- Funcţiile cognitive, inclusiv memoria, atenţia, bagajul informaţional şi vocabularul, capacitatea de a face calcule, gândirea abstractă şi capacitatea de a construi

Interacţiunea dintre tulburările psihice şi sănătatea fizică este complexă. Tulburările psihice îmbracă adesea haina acuzelor somatice, iar bolile fizice determină răspunsuri comportamentale şi emoţionale. Căutaţi întotdeauna cu atenţie cauze fiziopatologice sau farmacologice pe măsură ce evaluaţi contextul şi modificările emoţionale ale stării psihice. Evaluarea statusului mental poate fi complicată de o serie de factori care ţin de personalitatea, dinamica proceselor psihice sau experienţele personale ale pacientului. Puteţi investiga toate aceste elemente în timpul anamnezei. Prin integrarea şi stabilirea corelaţiilor între observaţiile făcute în timpul anamnezei şi examenului fizic, amplificate de examinarea stării psihice, veţi ajunge să priviţi pacientul ca pe un întreg, modelat de experienţa proprie, familie şi cultură.

După cum veţi vedea în Capitolul 17, Sistemul nervos, există o strânsă legătură între starea psihică şi structura şi funcţiile creierului. Evaluarea stării psihice trebuie să fie o parte integrantă a examinării sistemului nervos, iar rezultatele se consemnează în fişa medicală. În timp, prin antrenament, veţi învăţa să descrieţi starea de dispoziţie, vorbirea, comportamentul şi funcţiile cognitive ale pacientului, corelându-le cu datele furnizate de examinarea nervilor cranieni, funcţiilor motorii şi senzitive şi a reflexelor.

La început s-ar putea să aveţi rezerve faţă de examinarea stării psihice, de teamă că această tentativă va fi supărătoare pentru pacienţi, care îşi pot simţi intimitatea invadată sau se tem că gândurile ori comportamentele lor pot fi etichetate ca fiind patologice. Aceste îngrijorări sunt de înţeles. O examinarea insensibilă poate speria pacientul; chiar şi o examinare grijulie poate avea ca rezultat conştientizarea unui deficit pe care pacientul încearcă să îl ignore. Este posibil să simţiţi nevoia de a discuta despre aceste lucruri cu îndrumătorul sau cu alţi medici cu experienţă. Ca şi în cazul celorlalte segmente ale examenului clinic, vă veţi îmbunătăţi abilităţile odată cu acumularea experienţei. Nu uitaţi că pacienţii apreciază un ascultător plin de înţelegere, iar sănătatea, siguranţa sau chiar viaţa pacienţilor depinde de atenţia pe care o acordaţi.

Examinarea stării psihice cuprinde următoarele elemente:

- Înfăţişarea şi comportamentul
- Vorbirea şi limbajul
- Starea de dispoziţie

- Gândirea şi percepţiile
- Funcţiile cognitive, inclusiv memoria, atenţia, bagajul informaţional şi vocabularul, capacitatea de a face calcule, gândirea abstractă şi capacitatea de a construi.

În continuare, vă prezentăm un format care ar trebui să vă ajute în organizarea observaţiilor, însă el nu este conceput ca un ghid care trebuie urmat pas cu pas. Atunci când este necesară examinarea completă, ideal ar fi să adoptaţi o abordare flexibilă dar meticuloasă. Există totuşi situaţii în care secvenţialitatea este importantă. Dacă în timpul primei părţi a anamnezei constataţi că starea de conştienţă, atenţia, capacitatea de a înţelege, sau vorbirea pacientului sunt afectate, evaluaţi imediat această tulburare. Un astfel de pacient este incapabil de a furniza un istoric pe care să vă puteţi baza, şi în consecinţă nu veţi putea evalua majoritatea funcţiilor mentale.

ÎNFĂŢIŞAREA ŞI COMPORTAMENTUL

Acesta este momentul în care puteţi folosi toate observaţiile relevante făcute de-a lungul anamnezei şi examenului clinic. Includeţi următoarele elemente:

Nivelul de conştienţă. Pacientul este treaz şi alert? Pacientul înţelege întrebările pe care i le adresaţi şi răspunde adecvat şi rezonabil de rapid, sau are tendinţa de a pierde firul discuţiei şi de a amuţi, sau chiar de a adormi?

Vezi tabelul referitor la starea de conştienţă (excitabilitate), Capitolul 17, Sistemul nervos, pag. 706.

Dacă pacientul nu răspunde la întrebări, creşteţi treptat intensitatea stimulării:

- Chemaţi pacientul pe nume, cu voce tare.

Pacienţii *letargici* sunt somnoroşi, însă deschid ochii şi vă privesc, răspund la întrebări şi apoi adorm.

- Scuturaţi-l uşor, ca şi când l-aţi trezi din somn.

Pacienţii *obnubilaţi* deschid ochii şi vă privesc, însă răspund lent şi sunt relativ confuzi.

Dacă nu obţineţi nici un răspuns la aceşti stimuli, evaluaţi imediat pacientul pentru stupor sau comă – afectări severe ale stării de conştienţă.

Postura şi activitatea motorie. Pacientul zace în pat sau preferă să se plimbe prin încăpere? Remarcaţi poziţia corpului şi capacitatea pacientului de a se relaxa. Observaţi ritmul, gama şi caracterul mişcărilor. Mişcările sunt voluntare? Există părţi ale corpului imobile? Se produc schimbări ale poziţiei şi activităţii motorii în funcţie de subiectul discuţiei sau de persoanele din apropierea pacientului?

Poziţia tensionată, agitaţia şi neastâmpărul sugerează anxietate; plânsul, mişcările ritmice şi frântul mâinilor sugerează *depresia agitată*; poziţia prăbuşită, sugerând lipsa speranţei, şi mişcările încetinite pot sugera *depresie*; cântatul, dansatul şi gesturile expansive sunt sugestive pentru *episodul maniacal*.

Vestimentaţia, gradul de îngrijire şi igiena personală. Cum este îmbrăcat pacientul? Hainele sale sunt curate, călcate şi corect încheiate? Cum arată în comparaţie cu îmbrăcămintea persoanelor de vârstă şi categorie socială comparabile? Observaţi aspectul părului, unghiilor, dentiţiei şi tegumentelor pacientului. Cât de îngrijit este aspectul acestora? Cât de bine stă pacientul la

Gradul de îngrijire şi igiena personală pot fi afectate în *depresie*, *schizofrenie* şi *demenţă*. Atitudinea mofturoasă poate fi prezentă în *tulburarea obsesiv-compulsivă*.

capitolul îngrijire şi igienă personală comparativ cu cei din aceeaşi categorie de vârstă, stil de viaţă sau grup socio-economic? Comparaţi partea dreaptă a corpului cu cea stângă.

Neglijarea unei jumătăţi a corpului poate apărea ca urmare a unei leziuni la nivelul cortexului parietal de partea opusă, de obicei de partea nondominantă.

Expresia facială. Observaţi faţa pacientului, atât în repaus cât şi atunci când interacţionează cu ceilalţi. Urmăriţi variaţiile expresiei faciale în funcţie de subiectul discuţiei. Sunt adecvate? Sau faţa are un caracter relativ imobil?

Manifestări ale anxietăţii, depresiei, apatiei, furiei, exaltării; facies imobil în boala Parkinson

Manierele, starea afectivă şi relaţiile cu oamenii sau lucrurile. Pe baza observaţiilor privitoare la expresia facială, voce şi gesturi, puteţi trece la evaluarea *stării afective* a pacientului, sau a formei de exteriorizare a stării emoţionale. Starea afectivă variază corespunzător cu subiectul în discuţie, sau dimpotrivă, pacientul manifestă labilitate sau aplatizare afectivă? Reacţiile emoţionale sunt extreme sau inadecvate? Dacă da, în ce fel? Observaţi gradul de deschidere al pacientului, accesibilitatea şi reacţiile la ceilalţi sau la mediul înconjurător. Pacientul pare că aude sau vede lucruri pe care dumneavoastră nu le percepeţi, sau pare a fi angajat într-o conversaţie cu cineva care nu este prezent?

Furie, ostilitate, suspiciune sau caracter evaziv – la pacienţii cu *paranoia*. Exaltare şi euforie - în *manie*. Aplatizare afectivă şi detaşare – în *schizofrenie*. Apatie (tocire afectivă cu detaşare şi indiferenţă) - în *demenţă*. Anxietate, depresie.

VORBIREA ŞI LIMBAJUL

Pe parcursul anamnezei observaţi caracteristicile vorbirii pacientului, care includ următoarele elemente:

Cantitatea. Pacientul are logoree sau este relativ tăcut? Comentariile lui sunt spontane, sau apar numai ca reacţie la întrebări directe?

Viteza. Vorbirea pacientului este rapidă sau lentă?

Vorbire încetinită în *depresie*; vorbire rapidă, cu tonalitate înaltă, în *manie*.

Intensitatea. Pacientul vorbeşte tare sau încet?

Pronunţarea cuvintelor. Cuvintele sunt pronunţate corect şi distinct? Vocea pacientului are caracter nazonat?

Dizartria se referă la articularea deficitară a cuvintelor. *Afazia* este o tulburare de limbaj. Vezi Planşa 17-5, Tulburări de vorbire, pag. 722.

Fluenţa. Aceasta depinde de viteză, flux şi caracterul melodic al vorbirii, dar şi de conţinut şi modul de folosire a cuvintelor. Atenţie la anomalii ale vorbirii cum ar fi:

- Ezitările şi pauzele în fluxul şi ritmul vorbirii
- Tulburări ale modulării vocii, de exemplu monotonia
- Circumlocuţiuni: pacientul foloseşte fraze sau propoziţii pentru a sugera un cuvânt pe care nu reuşeşte să şi-l amintească, de exemplu "obiectul cu care scrii" în loc de "stilou".
- Parafazia, în cadrul căreia cuvintele sunt deformate ("scriu cu un crilou"), greşit folosite („scriu cu o manetă"), sau inventate („scriu cu un bruc").

Aceste anomalii sugerează prezenţa *afaziei*. Pacientul poate avea dificultăţi atât de mari în a vorbi sau a-i înţelege pe ceilalţi, încât anamneza să devină imposibil de efectuat. Puteţi suspiciona, în mod neîntemeiat, prezenţa unei tulburări psihotice.

Dacă vorbirea pacientului este lipsită de înţeles sau fluenţă, este cazul să recurgeţi la teste suplimentare conform tabelului următor.

Teste pentru afazie

Înţelegerea cuvintelor	Cereţi pacientului să execute un ordin simplu, de exemplu „Indicaţi vârful nasului". Apoi încercaţi cu ordine complexe: „Indicaţi gura, apoi genunchiul".
Vorbirea repetată	Cereţi pacientului să repete după dumneavoastră o frază compusă din cuvinte monosilabice (cel mai dificil de reprodus): „Nu de, şi, sau dar".
Denumirea	Cereţi pacientului să denumească părţile componente ale unui ceas de mână.
Înţelegerea textului citit	Cereţi pacientului să citească un paragraf cu voce tare.
Scrisul	Cereţi pacientului să scrie o propoziţie.

Aceste teste vă ajută să determinaţi tipul de afazie de care suferă pacientul. Nu uitaţi că performanţele pacientului pot fi influenţate şi de tulburări de vedere şi auz, gradul de inteligenţă şi nivelul de educaţie. Cele două tipuri comune de afazie – Wernicke şi Broca – sunt comparate în Planşa 17-5, Tulburări de vorbire, pag. 722.

O persoană care poate scrie o propoziţie corectă nu suferă de afazie.

STAREA DE DISPOZIŢIE

Evaluaţi starea de dispoziţie în timpul anamnezei, prin explorarea propriei percepţii a pacientului asupra dispoziţiei sale. Cereţi detalii despre starea de dispoziţie obişnuită a pacientului şi felul în care aceasta variază în funcţie de evenimentele din viaţa sa. „Cum v-aţi simţit atunci?", de exemplu, sau cu caracter mai general, „Care este starea dumneavoastră de spirit în general?". În acest sens pot fi valoroase relatările rudelor sau prietenilor.

Stările de dispoziţie includ tristeţea şi melancolia profundă; satisfacţia, bucuria, euforia şi exaltarea; furia şi mânia; anxietatea şi îngrijorarea; şi detaşarea şi indiferenţa.

Cum a fost dispoziţia pacientului? Cât de intense au fost stările lui sufleteşti? Aţi remarcat un caracter labil sau, dimpotrivă, constanţă? Cât de mult a durat? Dispoziţia corespunde circumstanţelor din viaţa pacientului? În caz de depresie, au existat şi episoade de euforie, sugerând prezenţa unei tulburări bipolare?

Pentru tulburările depresive şi bipolare, vezi Planşa 5-2, Tulburări afective, pag. 160.

Dacă bănuiţi prezenţa depresiei, evaluaţi severitatea acesteia şi orice risc asociat de suicid. Puteţi folosi următoarea serie de întrebări, în funcţie de caracterul afirmativ al răspunsurilor pacientului:

- Uneori vă simţiţi destul de descurajat (sau deprimat sau trist)?
- Cât de rău vă simţiţi în acele momente?
- Cum vedeţi propriul viitor?
- Simţiţi vreodată că viaţa nu merită trăită? Sau că aţi prefera să fiţi mort?
- V-aţi gândit vreodată să puneţi capăt vieţii?
- Cum v-aţi gândit/vă gândiţi să o faceţi?
- Ce credeţi că s-ar întâmpla după ce veţi muri?

Întrebările cu privire la gândurile suicidare nu sădesc ideea în mintea pacientului, şi pot fi singura modalitate de a obţine aceste informaţii. Deşi s-ar putea să nu vă simţiţi în largul dumneavoastră când adresaţi aceste întrebări directe, majoritatea pacienţilor discută liber despre gândurile şi sentimentele lor, iar uneori chiar simt

uşurare. Prin discuţia deschisă demonstraţi interes şi grijă pentru o problemă care are potenţialul de a pune viaţa în pericol.

GÂNDIREA ŞI PERCEPŢIILE

Procesele gândirii. Evaluaţi caracterul logic, relevanţa, gradul de organizare şi coerenţa proceselor gândirii pacientului, aşa cum rezultă din cuvintele şi vorbirea acestuia în timpul anamnezei. Discursul lui evoluează logic către un anumit ţel? În acest caz, vă puteţi folosi de vorbire ca de o fereastră deschisă către mintea pacientului. Luaţi aminte la modele de vorbire care sugerează tulburări ale proceselor gândirii, redate în tabelul de mai jos.

• Variaţii şi anomalii ale proceselor gândirii

		Exemple de anomalii
Caracterul neesenţial	Vorbire care se caracterizează prin atingerea întârziată şi indirectă a subiectului, datorită detaliilor tangenţiale şi inutile, deşi părţile componente ale descrierii sunt intercorelate. Mulţi pacienţi fără afecţiuni psihiatrice prezintă această trăsătură.	Observată la pacienţii cu obsesii.
Divagarea (slăbirea asociaţiilor)	Tulburare care constă în trecerea de la un subiect la altul, cele două fiind necorelate sau slab corelate, pacientul nerealizând că subiectele în cauză nu prezintă o legătură semnificativă. Ideile deraiază de la linia principală între propoziţii, nu în cadrul lor.	Observată în *schizofrenie, episoadele maniacale* şi alte *tulburări psihotice.*
Fuga de idei	Un flux aproape continuu de vorbire accelerată, în cadrul căreia pacientul trece brusc de la un subiect la altul. Trecerile sunt de obicei bazate pe asociaţii care pot fi înţelese, jocuri de cuvinte sau stimuli care distrag, însă ideile nu evoluează către o conversaţie rezonabilă.	Cel mai frecvent observată în *episoadele maniacale.*
Neologismele	Cuvinte inventate sau deformate, sau cuvinte cu sensuri noi, cu totul deosebite.	Apar în schizofrenie, alte tulburări *psihotice* şi *afazie.*
Incoerenţa	Discurs neinteligibil din cauza lipsei de logică şi a legăturilor semnificative, schimbărilor bruşte de subiect, greşelilor gramaticale sau folosirii incorecte a cuvintelor. Schimbările de subiect apar în cadrul propoziţiilor. Fuga de idei, în forma sa severă, poate duce la apariţia incoerenţei.	Observată în tulburările psihotice severe (de obicei în *schizofrenie*).
Blocajul	Întreruperea brutală a vorbirii la jumătatea propoziţiei sau înainte de a termina expunerea unei idei. Persoana atribuie această întrerupere pierderii ideii. Blocajul apare şi la persoanele sănătoase.	Blocajul poate fi izbitor în *schizofrenie.*
Confabulaţia	Fabricarea unor fapte sau evenimente ca răspuns la întrebările adresate, în scopul acoperirii lacunelor din memoria afectată.	Observată în sindromul Korsakoff ce apare în alcoolism.
Perseverenţa	Repetarea insistentă a unor cuvinte sau idei.	Apare în *schizofrenie* şi alte *tulburări psihotice.*
Ecolalia	Repetarea cuvintelor sau frazelor enunţate de alţii.	Apare în episoadele maniacale şi în *schizofrenie.*
Vorbirea cântată	Tulburare de vorbire în cadrul căreia o persoană alege cuvintele mai degrabă pe baza sonorităţii decât pe baza înţelesului, ca în vorbirea rimată sau scandată. De exemplu, „Uită-te la ochi şi nas, ochi de deochi şi nas ananas. Doi la unu, majoritatea e pentru!”	Apare în schizofrenie şi în *episoadele maniacale.*

Conţinutul gândirii. În timpul anamnezei ar trebui să evaluaţi informaţiile relevante pentru conţinutul gândirii. În loc să folosiţi liste standard de întrebări specifice, ar fi mai util să urmaţi pistele pe măsură ce se ivesc. De exemplu, „Acum câteva minute aţi menţionat că un vecin este de vină pentru boala dumneavoastră. Puteţi să îmi spuneţi mai multe despre asta?" Sau, într-o altă situaţie, „La ce vă gândiţi în momente ca acesta?"

S-ar putea să fie nevoie de întrebări mai exacte. Dacă aşa stau lucrurile, adresaţi-le cu tact. „Când oamenii sunt atât de supăraţi, uneori nu se pot abţine să nu se gândească la anumite chestii", sau „...lucrurile par ireale. Aţi trecut prin aşa ceva?" Astfel puteţi identifica, dacă este cazul, unul din modelele redate în tabelul următor.

Anomalii de conţinut al gândirii

Compulsii	Acte comportamentale sau procese mintale repetitive, pe care o persoană se simte nevoită să le facă pentru a genera sau a preveni anumite evenimente viitoare, deşi aşteptările legate de efectul acestora sunt nerealiste
Obsesii	Gânduri, imagini sau impulsuri recurente, incontrolabile, pe care pacientul le consideră inacceptabile sau străine
Fobii	Temeri persistente, iraţionale, însoţite de dorinţa irezistibilă de a evita stimulul
Stări de anxietate	Teamă, frică, tensiune sau disconfort care pot fi focalizate (fobii) sau fără obiect (sentimentul general de teamă nedefinită sau de pericol iminent)
Sentimentul de irealitate	Senzaţia că lucrurile din mediul înconjurător sunt ciudate, ireale sau îndepărtate
Senzaţia de depersonalizare	Sentimentul că propria persoană este diferită, schimbată sau ireală, sau de pierdere a propriei identităţi, sau de detaşare de propria minte sau de propriul trup
Deliruri	Credinţe personale false, stabile, care nu sunt împărtăşite de ceilalţi membri ai grupului cultural din care face parte pacientul. Exemple: • *Delir de persecuţie* • *Delir de grandoare* • *Gelozia patologică* • *Delir de raportare*, în cadrul căruia pacientul crede că anumite evenimente, obiecte sau indivizi prezintă o semnificaţie deosebită şi neobişnuită pentru el, sau se referă la persoana lui (de exemplu: că radio-ul sau televiziunea transmite comentarii despre el, sau instrucţiuni personalizate pentru el) • *Delir de pasivitate* - pacientul crede că este controlat de o forţă exterioară • *Delir somatic* - pacientul crede că suferă de o boală, afecţiune sau defect fizic inexistent • *Delir sistematizat* – delir construit logic, dar care porneşte de la o premisă falsă şi este centrat pe un sector specific al vieţii pacientului; un singur delir cu numeroase forme de prezentare, sau un grup de deliruri centrate în jurul unei anumite teme, toate sistematizate într-o reţea complexă.

Compulsiile, obsesiile, fobiile şi *stările de anxietate* sunt adesea asociate cu nevrozele. Vezi Planşa 5-3, Tulburările de anxietate (pag. 161)

Delirurile, sentimentul de irealitate şi senzaţia de depersonalizare sunt mai frecvent asociate cu *tulburările psihotice*. Vezi Planşa 5-4, Tulburările psihotice (pag. 162). Delirurile pot fi prezente de asemenea în delirium, tulburările afective severe şi în demenţă.

Percepţii. Investigaţi posibilitatea percepţiilor false, în acelaşi mod indicat pentru conţinutul gândirii. De exemplu, „Atunci când aţi auzit vocea aceea vorbind, ce anume vă spunea? Cum vă făcea să vă simţiţi?" Sau, „După ce aţi băut destul de mult, vi se întâmplă să vedeţi lucruri care de fapt nu sunt acolo?" Sau, „Uneori, după intervenţii chirurgicale majore ca aceasta, oamenii aud lucruri ciudate sau înspăimântătoare. Aţi trecut prin aşa ceva?" Astfel veţi afla mai multe despre următoarele tipuri de percepţii anormale.

• Anomalii ale percepţiei

Iluzii	Interpretarea eronată a unor stimuli externi reali	Iluziile pot apărea în perioadele de doliu, în *tulburările delirante,* în sindromul de *stres posttraumatic* acut sau cronic şi în *schizofrenie.*
Halucinaţii	Percepţii senzoriale subiective în absenţa unor stimuli externi relevanţi. Este posibil ca persoana să realizeze sau nu caracterul fals al experienţei. Halucinaţiile pot fi auditive, vizuale, olfactive, gustative, tactile sau somatice. (Percepţiile false asociate cu visurile, adormirea şi trezirea din somn nu sunt considerate halucinaţii).	Halucinaţiile pot apărea în *tulburările delirante, demenţă* (mai rar), *sindromul de stres posttraumatic, schizofrenie* şi alcoolism.

Discernământul şi raţionamentul. De obicei, momentul ideal pentru evaluarea acestora este anamneza.

Discernământul. Unele din primele întrebări adresate pacientului conţin informaţii importante referitoare la discernământ: „De ce aţi venit la spital?" „Care pare a fi problema?" „Ce credeţi că nu este în regulă?" Mai exact, încercaţi să aflaţi dacă pacientul este conştient de faptul că o anumită stare, idee sau percepţie este anormală sau constituie o manifestare a unei boli.

Pacienţilor cu tulburări psihotice le lipseşte adesea înţelegerea propriei boli. Negarea acestei tulburări poate însoţi unele afecţiuni neurologice.

Raţionamentul. De obicei puteţi evalua raţionamentul pacientului observând răspunsul său la diverse situaţii familiale sau la locul de muncă, felul în care dispune de bani şi conflictele cu ceilalţi. „Cum aveţi de gând să obţineţi ajutorul de care veţi avea nevoie după externarea din spital?" „Cum vă veţi descurca dacă vă pierdeţi locul de muncă?" „Ce veţi face dacă soţul dumneavoastră începe să aibă din nou comportament abuziv?" „Cine se va ocupa de problemele dumneavoastră financiare cât timp sunteţi în sanatoriu?"

Raţionamentul poate fi deficitar în tulburările delirante, demenţă, retard mintal şi stări psihotice. Anxietatea, tulburările afective, inteligenţa, educaţia, venitul şi valorile culturale pot de asemenea să influenţeze raţionamentul.

Stabiliţi dacă deciziile şi acţiunile pacientului se bazează pe realitate sau, de exemplu, pe impulsuri, împlinirea unor dorinţe nerealiste sau anomalii de conţinut al gândirii. Ce substrat par a avea deciziile şi comportamentul pacientului? Ţinând cont de variaţiile culturale, cum apar ele raportate la standardele unui adult matur? Deoarece raţionamentul reflectă maturitatea, acesta poate avea un caracter impredictibil şi variabil în adolescenţă.

Tulburările de orientare apar îndeosebi atunci când sunt afectate memoria şi atenţia, cum se întâmplă în delir.

FUNCŢIILE COGNITIVE

Orientarea. Cu ajutorul unei anamneze abile, puteţi determina capacitatea de orientare a pacientului în timpul conversaţiei. De exemplu, îi puteţi cere cu naturaleţe să precizeze date exacte, adresa şi numărul de telefon, nume ale

membrilor familiei sau drumul de acasă până la spital. Uneori – de exemplu când reevaluaţi starea unui pacient cu tulburare delirantă – pot fi indicate întrebările simple, directe.

„Îmi puteţi spune cât e ceasul acum... şi în ce zi suntem?" În oricare din aceste moduri puteţi determina gradul de orientare al pacientului cu privire la:

- *Timp* – momentul din zi, ziua din săptămână, luna, anotimpul, data şi anul, durata spitalizării.
- *Loc* – domiciliul pacientului, numele spitalului, oraşul, ţara.
- *Persoană* – numele pacientului, numele rudelor şi ale personalului medical.

Atenţia. Pentru evaluarea atenţiei sunt frecvent folosite următoarele teste:

Proba cifrelor. Explicaţi pacientului că doriţi să-i testaţi puterea de concentrare, adăugând eventual că această probă poate fi dificilă pentru persoanele bolnave, cu dureri sau febrile. Enumeraţi mai multe cifre, începând cu serii de câte două şi pronunţând clar fiecare număr, cu o frecvenţă de aproximativ unul pe secundă. Cereţi pacientului să repete cifrele după dumneavoastră. Dacă repetă corect, încercaţi cu serii de câte trei numere, apoi de câte patru şi tot aşa cât timp pacientul continuă să repete corect. Notaţi numerele pe măsură ce le rostiţi, pentru a vă asigura de propria acurateţe. Dacă pacientul greşeşte o dată, încercaţi din nou cu o altă serie de aceeaşi lungime. Opriţi-vă după cel de-al doilea eşec cu aceeaşi serie.

Atunci când alegeţi cifrele vă puteţi folosi de numere de străzi, coduri poştale, numere de telefon şi alte secvenţe numerice cu care sunteţi familiarizat, însă evitaţi numerele consecutive, datele uşor de recunoscut şi secvenţele cu care şi pacientul ar putea fi familiarizat.

Acum, reluând exerciţiul cu serii de câte două cifre, cereţi pacientului să repete după dumneavoastră în ordine inversă.

În mod normal, o persoană ar trebui să poată repeta corect cel puţin cinci cifre în ordinea enunţată şi patru în ordine inversă.

Serii de 7. Explicaţi-i pacientului ce trebuie să facă: „Începând de la o sută, scădeţi 7, şi continuaţi să scădeţi câte 7..." Observaţi efortul necesar, viteza şi corectitudinea răspunsurilor. Este util să scrieţi răspunsurile, pentru a putea ţine pasul cu calculele pacientului. În mod normal, o persoană poate îndeplini această sarcină în 1½ minute, cu mai puţin de patru greşeli. Dacă pacientul nu se descurcă cu seriile de 7, încercaţi cu serii de 3 sau cu proba numărătorii în ordine descrescătoare.

Pronunţarea literă cu literă în ordine inversă. Această probă poate înlocui proba cu serii de 7. Pronunţaţi un cuvânt alcătuit din cinci litere, de exemplu C-A-R-T-E, şi apoi cereţi pacientului să îl pronunţe literă cu literă, de la coadă la cap.

Memoria îndepărtată. Puneţi întrebări referitoare la zilele de naştere, aniversări, codul numeric personal, numele şcolilor frecventate, locurile de muncă din trecut sau evenimente din trecut cu valoare istorică, de exemplu războaie.

Cauzele randamentului scăzut la această probă includ *delirul, demenţa, retardul mintal* şi anxietatea generată de proba în sine.

Randamentul scăzut poate fi cauzat de delir, demenţă avansată, retard mintal, pierderea capacităţii de a face calcule, anxietate sau depresie. Ţineţi de asemenea cont de posibilitate educaţiei precare.

Memoria îndepărtată poate fi afectată în stadiile avansate ale *demenţei.*

Memoria recentă. Aceasta poate presupune evenimente din ziua curentă. Puneţi întrebări al căror răspuns îl puteţi verifica cu ajutorul altor surse, astfel încât să puteţi afla dacă pacientul confabulează (inventează fapte pentru a compensa tulburările de memorie). Aceste întrebări pot viza vremea din ziua respectivă, ora consultaţiei din acea zi, medicamentele luate şi testele de laborator efectuate în cursul zilei curente. (Ar putea fi o pierdere de timp să întrebaţi pacientul ce a mâncat la micul dejun, dacă nu aveţi cum să verificaţi acurateţea relatării sale).

Memoria recentă poate fi afectată în *demenţă* şi *delir. Tulburările amnestice* determină afectarea severă a memoriei sau a abilităţii de a învăţa lucruri noi, şi duc la reducerea funcţionalităţii sociale sau profesionale, însă nu prezintă trăsăturile generale ale delirului sau demenţei. Anxietatea, depresia şi retardul mintal pot de asemenea să afecteze memoria recentă.

Abilitatea de a învăţa lucruri noi. Comunicaţi pacientului trei sau patru cuvinte, de exemplu „Strada Malcoci 12 şi albastru", sau „masă, floare, verde şi hamburger". Cereţi-i să le repete, pentru a fi sigur că le-a auzit şi reţinut. Aceasta probă, ca şi proba cifrelor, testează fixarea datelor şi evocarea imediată. După 3 până la 5 minute, cereţi pacientului să reproducă cuvintele. Observaţi acurateţea răspunsului, conştientizarea corectitudinii sau incorectitudinii răspunsului şi orice tendinţă la confabulaţie. În mod normal, o persoană ar trebui să îşi poată aminti cuvintele.

FUNCŢIILE COGNITIVE SUPERIOARE

Bagajul informaţional şi vocabularul. Atunci când sunt evaluate clinic, bagajul informaţional şi vocabularul pot constitui o aproximare a gradului de inteligenţă. Evaluarea se face în timpul anamnezei. De exemplu, în cazul unui student, puneţi întrebări cu privire la cursurile preferate, locul de muncă, hobby-uri, lecturi, emisiuni televizate preferate sau evenimente ale zilei. Exploraţi aceste subiecte iniţial cu ajutorul unor întrebări simple, ulterior prin întrebări mai dificile. Observaţi gradul în care pacientul înţelege informaţia, complexitatea ideilor exprimate şi vocabularul folosit.

Mai direct, puteţi întreba despre lucruri concrete, ca de exemplu:

Numele preşedintelui sau al primului ministru
Numele ultimilor 4 sau 5 preşedinţi
Numele a cinci oraşe mari din ţară

Atunci când sunt interpretaţi în contextul istoricului cultural şi educaţional al pacientului, bagajul informaţional şi vocabularul sunt indicatori acceptabili ai inteligenţei. Aceşti doi indicatori sunt relativ neafectaţi de majoritatea afecţiunilor psihiatrice, cu excepţia celor foarte severe, şi pot fi utili în diferenţierea adulţilor cu retard mintal (care posedă un bagaj informaţional şi un vocabular limitat) de cei cu *demenţă* uşoară sau moderată (în cazul cărora bagajul informaţional şi vocabularul sunt destul de bine conservate).

Capacitatea de a efectua calcule. Puneţi la încercare capacitatea pacientului de a efectua calcule aritmetice începând de la cele mai simple, cu adunări („Cât fac 4 + 3?... 8 + 7?") şi înmulţiri („Cât fac 5 x 6?... 9 x 7?"). Sarcina poate fi îngreunată prin folosirea numerelor cu două cifre („15 + 12" sau „25 x 6") sau a exemplelor mai lungi, de data aceasta scrise.

Randamentul scăzut la această probă poate fi un bun indiciu de demenţă sau poate însoţi *afazia*, însă trebuie evaluat ţinând cont de inteligenţa şi educaţia pacientului.

Alternativ, formulaţi întrebări cu caracter practic, cum ar fi „Dacă preţul produsului pe care vreţi să îl cumpăraţi este de 78 de bani şi dumneavoastră îi daţi casierei un leu, ce rest trebuie să primiţi?"

Gândirea abstractă. Testaţi capacitatea de a gândi abstract în două moduri.

Proverbe. Cereţi pacientului să vă spună ce înţelege din următoarele proverbe:

Leneşul mai mult aleargă.
Nu vinde blana ursului din pădure.

Răspunsurile concrete, textuale (adlitteram) provin adesea de la cei cu retard mintal, *delir* sau *demenţă*, însă pot de asemenea semnala carenţe educaţionale. Pacienţii cu *schizofrenie* pot răspunde concret sau pot oferi interpretări proprii bizare.

După pene se cunoaşte pasărea.
A trecut ca gâsca prin apă.
Copilul care plânge primeşte mâncare.

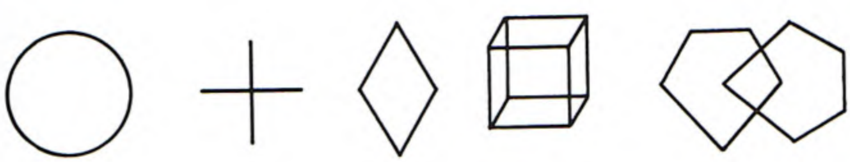
Luaţi aminte la relevanţa răspunsurilor şi la caracterul lor, abstract sau concret. De exemplu, „trebuie să smulgi buruiana cu tot cu rădăcină" indică un caracter concret, în timp ce „intervenţia adecvată previne necazurile suplimentare" are un caracter abstract. Pacientul obişnuit va oferi răspunsuri abstracte sau semi-abstracte.

Similarităţi. Cereţi pacientului să vă indice în ce fel se aseamănă următoarele:

O portocală şi un măr	O biserică şi un teatru
O pisică şi un şoarece	Un pian şi o vioară
Un copil şi un pitic	Lemnul şi cărbunele

Observaţi corectitudinea, relevanţa şi caracterul concret sau abstract al răspunsurilor. De exemplu, „atât şoarecele cât şi pisica sunt animale" este de tip abstract, „amândouă au coadă" este de tip concret, iar „pisica fugăreşte şoarecele" este irelevant.

Capacitatea de a construi. În exerciţiul următor, sarcina este de a copia figuri geometrice din ce în ce mai complexe pe o foaie de hârtie velină. Arătaţi pe rând fiecare figură şi rugaţi pacientul să o copieze cât de bine poate.



Cele trei romburi de mai jos au primit calificativele „slab", „acceptabil" şi „bun" (dar nu „excelent").[40]



O variantă constă în a-i cere pacientului să deseneze un ceas, cu ore şi ace indicatoare. Exemplul de mai jos a primit calificativul „excelent".



Cele trei ceasuri de mai jos au fost evaluate ca fiind „slab", „acceptabil" şi „bun".[40]



Dacă funcţia vizuală şi cea motorie sunt intacte, afectarea capacităţii de a construi sugerează demenţă sau leziune de lob parietal. Retardul mintal poate fi de asemenea o cauză.

TEHNICI SPECIALE

MMSE - mini test pentru examinarea stării psihice. Acest test rapid este util în cadrul screeningului pentru disfuncţii cognitive sau demenţă şi pentru monitorizarea evoluţiei lor în timp. (Pentru detalii privind MMSE, puteţi contacta editura, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549). Mai jos aveţi câteva întrebări pentru exemplificare.

ELEMENTE ALE MMSE PENTRU EXEMPLIFICARE

Orientarea în timp

„În ce dată suntem azi?"

Fixarea informaţiilor

„Ascultaţi cu atenţie; voi pronunţa trei cuvinte. Vă rog să le repetaţi după ce mă opresc. Sunteţi pregătit? Iată-le...

CASĂ (pauză), MAŞINĂ (pauză), LAC (pauză). Acum spuneţi-mi aceste trei cuvinte, vă rog." [pacientul repetă de maxim cinci ori, dar se punctează numai prima încercare.]

Denumirea

"Ce este acesta?" [arătaţi către un creion sau un pix].

Lectura

"Vă rog citiţi ce scrie aici şi apoi faceţi ceea ce vi se cere". [arătaţi-i pacientului cuvintele de pe formular.]

ÎNCHIDEŢI OCHII

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Constatările legate de comportament şi starea psihică

„Stare psihică: pacientul este alert, bine îngrijit şi vesel. Vorbeşte fluent şi pronunţă clar cuvintele. Procesele de gândire sunt coerente, discernământul este păstrat. Pacientul este orientat temporo-spaţial şi în ceea ce priveşte persoanele. Seriile de 7: corecte; memoria recentă şi cea îndepărtată: intacte. Capacitatea de a face calcule: intactă."

SAU

„Stare psihică: pacientul pare trist şi obosit; hainele sale sunt şifonate. Vorbirea este încetinită şi cuvintele sunt mormăite. Procese de gândire sunt coerente, însă discernământul cu privire la evenimentele cotidiene este limitat. Pacientul este orientat temporo-spaţial şi în ceea ce priveşte persoanele. Proba cifrelor, seriile de 7 şi calculele aritmetice sunt corecte, însă pacientul oferă răspunsuri întârziate. Desenul ceasului: bun."

Sugerează depresie.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Kessler RC, Demnler O, Frank RG, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N Engl J Med 352(24): 2515–2523, 2005.
2. Hepner KA, Rowe M, Rost K, et al. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. Ann Intern Med 147(5):320–329, 2007.
3. Schiffer RB. Psychiatric disorders in medical practice. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Textbook of Medicine, 22nd ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 2628–2639.
4. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. Int J Methods Psychiatr Res 12(1):34–43, 2003.
5. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy, et al. A symptom checklist for screen for somatoform disorders in primary care. Psychosomatics 39(3):263–272, 1998.
6. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. Psychosomatic Medicine 63(4):595–602, 2001.
7. Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. Primary Care Companion. J Clin Psychiatry 5(Suppl. 7):11–18, 2003.
8. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. Ann Intern Med 134(9): 868–881, 2001.
9. Jackson JL, Kronke K. Managing somatization—medically unexplained should not mean medically ignored. J Gen Int Med 21(7):797–799, 2006.
10. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. J Gen Int Med 21(7):671–677, 2006.
11. Staab JP, Datto CJ, Weinreig RM, et al. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. Med Clin N Am 85(3):579–596, 2001.
12. Ansseau, Dierick M, Buntinkxz F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord 78(1):49–55, 2004.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD–the PHQ Primary Care Study. JAMA 282(18):1737–1744, 1999.
14. Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. Psychosomatics 48(4):277–285, 2007.
15. Reif W, Martin A, Rauh E, et al. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. Psychosomatics 47(4):304–311, 2006.
16. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. Ann Intern Med 136(10): 760–764, 2002.
17. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med 12(7):439–445, 1997.
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD 7. Arch Intern Med 166(10):1092–1097, 2006.
19. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med 146(5):317–325, 2007.
20. Lowe B, Grafe K, Zipfel S, et al. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. J Psychosom Res 55(6):515–519, 2003.
21. Pilowsky U. Dimensions of hypochondriasis. Br J Psychiatry 113(494):89–93, 1967.
22. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA 272(22):1749–1756, 1994.
23. Oldham JM. A 44-year-old woman with borderline personality disorder. JAMA 287(8):1029–1037, 2002.
24. Paris J. Borderline personality disorder. CMAJ 172(12): 1579–1583, 2005.
25. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. Arch Intern Med 162(1):53–60, 2002.
26. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry 61(8):361–368, 2004.
27. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry 64(5):566–576, 2007.
28. Conklin CZ, Westen D. Borderline personality disorder in clinical practice. Am J Psychiatry 162(5):867–875, 2005.
29. Fricchione G. Generalized anxiety disorder. N Engl J Med 351(7):675–682, 2004.
30. National Institutes of Mental Health. The numbers count: mental disorders in America. Available at: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america.shtml. Accessed February 1, 2008.
31. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: recommendations and rationale. Ann Intern Med 136(10):760–764, 2002. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depressrr.htm. Accessed February 1, 2008.
32. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: summary of the evidence. Ann Intern Med 136(10): 765–776, 2002. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depsum1.htm. Accessed February 1, 2008.
33. Williams JW, Noel H, Cordes JA, et al. Is this patient clinically depressed? JAMA 287(9):1160–1170, 2002.
34. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. J Clin Psychol 40(6): 1365–1367, 1984.
35. Zung A. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry, 12(1):63–70, 1965. Also available at: http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/ZungSelfRatedDepressionScale.pdf. Accessed February 3, 2008.

36. National Institute of Mental Health. Suicide in the U.S.: statistics and prevention. Available at: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention.shtml. Accessed January 26, 2008.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide facts at a glance. Summer 2007. Available at: http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/suicide/SuicideDataSheet.pdf. Accessed January 28, 2008.
38. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adults: recommendations and rationale. May 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/suicide/suiciderr.htm. Accessed January 26, 2008.
39. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for illicit drug use: recommendation statement. January 2008. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/druguse/drugrs.htm #clinical. Accessed February 3, 2008.
40. Strub RL, Black FW. The Mental Status Examination in Neurology, 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1985.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Antai-Otong D. Managing geriatric psychiatric emergencies: delirium and dementia. Nurs Clin North Am 38(1):123–135, 2003.

Coffey CE, Cummings JL. American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Neuropsychiatry, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.

Cottler LB, Campbell W, Krishna VAS, et al. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. J Nerv Ment Dis 193(7):431–437, 2005.

Fancher T, Kravitz R. In the clinic: depression. Ann Intern Med 146(9):ITC5-1–ITC5-16, 2007.

Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psych Res 12(3):189–198, 1975.

Haas LJ, Leiser JP, Magill MK. Management of the difficult patient. Am Fam Phys 72(10):2063–2068, 2005.

Hales RE, Yudofsky SC, eds. Essentials of Clinical Psychiatry, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2004.

Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. Family Practice Management, June 2007. Available at: www.aafp.org/fpm. Accessed January 5, 2008.

Khan AK, Khan A, Harezlak JH, et al. Somatic symptoms in primary care. Psychosomatics 44(6):471–478, 2003.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 159(6):909–916, 2002.

Manchikanti L, Giordano J, Boswell MV, et al. Psychological factors as predictors of opioid abuse and illicit drug use in chronic pain patients. J Opioid Manag 3(2):89–100, 2007.

National Center for Health Statistics. Fast stats A to Z: self-inflicted injury/suicide. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm. Accessed January 26, 2008.

Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Schiffer RB, Rao SM, Fogel BS, eds. Neuropsychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Silber MH. Chronic insomnia. N Engl J Med 353(8):803–810, 2005.

Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, et al. Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. JAMA 286(14):1715–1723, 2001.

Colecția Bates vă oferă aceste resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination, 4th edition*

Tulburări somatoforme: tipuri şi modul de abordare a simptomelor

TIPURI DE TULBURĂRI SOMATOFORME

Tulburări somatoforme[a]

Tulburare	*Trăsături*
Tulburarea de somatizare	Tulburare cronică, multisistemică, al cărei tablou clinic include durere, disfuncţii gastrointestinale şi sexuale şi simptome pseudo-neurologice. Debutează de obicei în primii ani de viaţă, iar realizările psihosociale şi vocaţionale sunt limitate.
Tulburarea de conversie	Sindrom caracterizat prin simptome care mimează deficite neurologice sau boli medicale, în care factorii psihologici sunt consideraţi a avea rol etiologic
Tulburarea algică	Sindrom clinic caracterizat în principal prin durere, în cadrul căruia factorii psihologici sunt consideraţi a avea rol etiologic
Ipohondria	Stare patologică caracterizată prin preocupare cronică şi teamă exagerată legată de prezenţa presupusă a unei boli serioase. De obicei această preocupare nu este ameliorată prin încercarea de a oferi asigurări.
Tulburarea dismorfică corporală (dismorfofobie)	Preocuparea legată de prezenţa imaginată sau exagerată a unui defect fizic.

Alte tulburări somatoform-like

Tulburările factice	Producerea intenţionată sau simularea unor simptome fizice sau psihice în absenţa unor motivaţii externe (de ex. eludarea responsabilităţii, obţinerea unui câştig financiar) nu sunt evidente
Simularea	Producerea intenţionată sau simularea unor simptome fizice sau psihice în prezenţa elementelor externe favorizante (de ex. eludarea responsabilităţii, obţinerea unui câştig financiar)
Tulburările disociative	Se caracterizează printr-o ruptură în funcţiile integrate ale conştiinţei, memoriei, identităţii sau percepţiei ambianţei, considerată a fi cauzată de factori psihologici.

ABORDAREA SIMPTOMELOR SOMATICE ŞI NEEXPLICATE

Abordarea în etape a simptomelor somatice în cadrul asistenţei medicale primare[b]

Este probabil ca simptomul somatic să fie...	*Măsura clinică adecvată ar putea fi...*
Acut sever? (<5% din cazuri)	Stabilirea rapidă a diagnosticului
Minor/autolimitat? (70-75% din cazuri)	Rezolvarea problemelor pacientului
	Terapia individualizată în funcţie de simptome
	Control la 2-6 săptămâni
Cronic sau recurent? (20-25% din cazuri?)	Screening pentru depresie şi anxietate

(planşa continuă la pagina 159)

Determinat sau agravat de o tulburare depresivă sau anxioasă?	Terapie cu antidepresive şi/sau psihoterapie cognitiv-comportamentală
Cauzat de un sindrom somatic funcţional?	Terapie individualizată în funcţie de sindrom Terapie antidepresivă şi/sau psihoterapie cognitiv-comportamentală Consultaţii medicale regulate
Persistent şi neexplicat medical?	Luaţi în calcul trimiterea la specialist pentru evaluarea stării de sănătate mentală Strategii de management al simptomelor, acolo unde acestea sunt sprijinite de dovezi (de ex. terapie comportamentală, programe de auto-management al durerii, clinici specializate în durere sau în alte tipuri de probleme, medicină complementară şi alternativă) Abordare centrată pe recuperare mai degrabă decât pe confirmarea dizabilităţii

Ghiduri terapeutice pentru pacienţii cu simptome neexplicate medical[c]

Aspecte generale	Manifestaţi empatie şi înţelegere pentru problemele şi frustrările pacientului (e.g. comunicaţi-i că simptomele neexplicate medical sunt frecvente). Construiţi o bună relaţie medic-pacient; încercaţi să „coordonaţi" procedurile diagnostice şi îngrijirea de care are parte pacientul.
Diagnostic	Exploraţi atât istoricul simptomatologiei şi tratamentele efectuate cât şi gradul de afectare, anxietatea rezultată din prezenţa bolii şi problemele psihosociale inerente. Ca instrumente necostisitoare de detecţie folosiţi: chestionare pe care le poate completa pacientul; un jurnal al simptomelor pentru a aprecia evoluţia şi factorii care influenţează simptomatologia. Atunci când pacientul acuză apariţia unui nou simptom, examinaţi organul relevant pentru acesta. Arătaţi-i pacientului rezultatele analizelor pentru a-i justifica absenţa patologiei şi pentru a-i oferi asigurări cu privire la absenţa unei boli somatice serioase. Evitaţi testele diagnostice inutile sau procedurile chirurgicale.
Tratament	Programaţi pacientul la consultaţii regulate (e.g. la fiecare 4-6 săptămâni), mai ales în cazurile cu istoric de apelare frecventă la servicii medicale. Explicaţi pacientului că tratamentul are ca scop adaptarea, şi nu vindecarea (atunci când nu poate fi găsit substratul patologic sau, dacă este găsit, nu explică amploarea simptomatologiei). Sugeraţi strategii de adaptare cum ar fi activitatea fizică regulată, relaxarea, distragerea atenţiei.
Trimitere	Dacă este necesară trimiterea la specialist în scopul iniţierii psihoterapiei sau a psiho-farmacoterapiei, pregătiţi pacientul în vederea tratamentului şi asiguraţi-l că veţi continua să fiţi „medicul lui".

(Surse: [a]Schiffer RB. Psychiatric disorders in medical practice. In: Goldman L, Ausiello D, eds Cecil Textbook of Medicine, 22nd ed, Philadelphia: Saunders 2004, pag. 2628-2639; [b]Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. Int J Methods Psychiatr Res 12(1): 34-43, 2003; [c]Reif W, Martin A, Rauh E, et. al. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. Psychosomatics 47(4): 304-311, 2006.)

Tulburări afective

Tulburările afective pot fi de tip depresiv sau bipolar. Tulburarea bipolară poate include trăsături maniacale, hipomaniacale sau depresive. Cele *patru tipuri de episoade* descrise mai jos se pot combina în moduri variate în cadrul tulburărilor afective. O *tulburare depresivă majoră* include unul sau mai multe episoade depresive majore. O *tulburare bipolară I* include unul sau mai multe episoade maniacale sau mixte, de obicei însoţite de episoade depresive majore. O *tulburare bipolară II* include unul sau mai multe episoade depresive majore însoţite de cel puţin un episod hipomaniacal.

Tulburarea distimică şi *ciclotimia* sunt afecţiuni cronice şi mai puţin severe, care nu îndeplinesc criteriile pentru celelalte tulburări afective. Tulburările afective induse de afecţiuni medicale sau abuzul de substanţe sunt clasificate separat.

Episodul depresiv major

Pentru stabilirea acestui diagnostic este nevoie de cel puţin cinci dintre simptomele prezentate mai jos (inclusiv unul din primele două), care să fie prezente în cursul aceleiaşi perioade de 2 săptămâni. De asemenea, acestea trebuie să constituie o schimbare faţă de starea anterioară a pacientului.

- Dispoziţie depresivă (la copii şi adolescenţi poate consta în iritabilitate) în cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic
- Scădere marcată a interesului sau plăcerii faţă de aproape toate activităţile, în cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic
- Creştere sau scădere ponderală semnificativă (în absenţa menţinerii unui regim), sau creşterea ori scăderea apetitului, aproape zilnic
- Insomnie sau hipersomnie, aproape zilnic
- Agitaţie sau lentoare psihomotorie, aproape zilnic
- Oboseală sau lipsa energiei, aproape zilnic
- Sentimentul lipsei de valoare a propriei persoane, sau senzaţie de vinovăţie nejustificată, aproape zilnic
- Incapacitate de a gândi sau de a se concentra, sau indecizie, aproape zilnic
- Idei suicidare recurente, sau un plan specific în vederea tentativei sau a suicidului

Simptomele generează detresă majoră sau disfuncţionalitate socială, ocupaţională sau de alt tip. În cazurile severe pot apărea halucinaţii şi idei delirante.

Episodul maniacal

Reprezintă o perioadă distinctă în care starea de dispoziţie este anormal crescută, expansivă sau iritabilă, persistentă, cu durată de cel puţin 1 săptămână (sau mai puţin, dacă este necesară spitalizarea). În acest interval, cel puţin trei dintre simptomele enumerate mai jos sunt accentuate şi persistente. (Dacă tulburarea de dispoziţie constă numai în iritabilitate, sunt necesare patru dintre aceste simptome pentru diagnostic).

- Stimă de sine exagerată sau grandoare
- Nevoia de somn este redusă (se simte odihnit după ce a dormit 3 ore)
- Mai vorbăreţ decât de obicei sau simte nevoia presantă de a vorbi
- Fugă de idei
- Devierea atenţiei de către amănunte neimportante
- Creşterea implicării în activităţi orientate spre un scop (fie el de natură socială, profesională, şcolară sau sexuală), sau hiperagitaţie psihomotorie
- Implicarea excesivă în activităţi plăcute cu risc înalt de consecinţe indezirabile (chefuri, speculaţii financiare riscante, indiscreţii sexuale)

Tulburarea este suficient de severă pentru a produce disfuncţionalitate socială, profesională sau relaţională. Poate fi necesară internarea în spital, cu scopul protejării pacientului şi a celorlalţi. În cazurile severe pot apărea halucinaţii şi idei delirante.

Episodul mixt

Episodul mixt, a cărui durată trebuie să fie de cel puţin 1 săptămână, întruneşte atât criteriile pentru episodul depresiv major cât şi pe cele pentru episodul maniacal.

Episodul hipomaniacal

Starea de dispoziţie şi simptomatologia sunt asemănătoare cu cele descrise în cadrul episodului maniacal, dar sunt mai puţin severe, nu necesită spitalizare, nu includ halucinaţii sau idei delirante şi au o durată minimă mai mică, de 4 zile.

Tulburarea distimică

Se caracterizează prin existenţa dispoziţiei depresive şi a simptomelor în cea mai mare parte a zilei, cu numărul zilelor simptomatice depăşindu-l pe cel al zilelor asimptomatice, timp de cel puţin 2 ani (1 an la copii şi adolescenţi). Intervalele libere de simptome nu durează mai mult de 2 luni odată.

Episodul ciclotimic

Constă în numeroase perioade în care pacientul prezintă simptomatologie hipomaniacală şi depresivă, care durează cel puţin 2 ani (1 an la copii şi adolescenţi). Intervalele libere de simptome nu durează mai mult de 2 luni odată.

Planşele 5-2 până la 5-4 sunt bazate pe informaţiile din *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, text revision *(DSM IV-TR)* (cu permisiune). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. Pentru detalii şi criterii suplimentare, se recomandă consultarea acestui manual, variantele lui ulterioare sau alte tratate de psihiatrie.

PLANȘA 5-3

Tulburări de anxietate

Tulburarea de panică	*Tulburarea de panică* se defineşte prin atacuri de panică recurente, neaşteptate, din care cel puţin unul a fost urmat de o perioadă mai mare sau egală cu o lună în care a existat îngrijorare persistentă referitoare la noi atacuri, implicaţiile sau consecinţele acestora, sau o modificare comportamentală importantă cu privire la atacuri. Un *atac de panică* este o perioadă distinctă de frică sau disconfort intens, care debutează brusc şi escaladează rapid până la intensitate maximă, de regulă în 10 minute. Presupune cel puţin patru dintre următoarele simptome: (1) palpitaţii, senzaţia că inima bate să iasă din piept, tahicardie; (2) transpiraţie; (3) tremor sau trepidaţie; (4) senzaţia de scurtare a respiraţiei sau de strangulare; (5) senzaţia de sufocare; (6) durere sau disconfort precordial; (7) greaţă sau disconfort abdominal; (8) ameţeală, vertij, instabilitate, leşin; (9) senzaţie de derealizare sau depersonalizare; (10) frica de a nu-şi pierde controlul sau de „a nu înnebuni"; (11) teama de moarte; (12) parestezii (amorţeală sau furnicături); (13) frisoane sau valuri de căldură. Tulburarea de panică poate surveni cu sau fără *agorafobie*.
Agorafobia	Constă în anxietatea generată de prezenţa în locuri sau în situaţii din care scăparea poate fi dificilă sau jenantă, sau în care nu este accesibil nici un ajutor în eventualitatea unui atac de panică. Astfel de situaţii sunt evitate, necesită prezenţa unui însoţitor, sau determină anxietate marcată.
Fobia specifică	Fobia specifică este teama marcată, persistentă, excesivă sau nejustificată, legată de prezenţa sau anticiparea unor obiecte sau situaţii specifice, cum ar fi câini, injecţii, zborul cu avionul, etc. Persoana conştientizează caracterul excesiv sau nejustificat al fricii, dar expunerea la factorul declanşator determină anxietate imediată. Evitarea sau frica pot afecta viaţa de zi cu zi, funcţionalitatea profesională sau academică, activităţile sociale sau relaţiile cu ceilalţi.
Fobia socială	Constă în frica persistentă şi marcată de situaţiile sociale sau de performanţă în care poate surveni expunerea la persoane necunoscute sau la judecata celorlalţi. Cei care suferă de fobie socială se tem că se vor pune singuri în situaţii jenante sau umilitoare, de exemplu prin manifestarea anxietăţii. Expunerea generează anxietate şi, posibil, atacuri de panică, iar persoana evită situaţiile precipitante. Persoana conştientizează caracterul excesiv sau nejustificat al fricii. Activităţile cotidiene, preocupările profesionale sau academice, activităţile sociale sau relaţiile cu ceilalţi sunt afectate.
Tulburarea obsesiv-compulsivă	Această tulburare presupune prezenţa obsesiilor sau compulsiilor care generează anxietate sau detresă marcată. Deşi la un moment dat persoana admite caracterul lor excesiv sau nejustificat, ele sunt consumatoare de timp, şi afectează viaţa de zi cu zi, activitatea profesională, socială sau relaţiile cu alte persoane.
Stresul acut	Individul a fost expus la un eveniment traumatic care a implicat moartea sau ameninţarea cu moartea, sau provocarea de răni grave lui sau altora, şi la care a reacţionat prin frică intensă, neajutorare sau groază. În timpul sau imediat după acest eveniment, individul prezintă cel puţin trei din următoarele simptome disociative: (1) sentimentul subiectiv de amorţeală, detaşare sau absenţă a reactivităţii emoţionale; (2) conştientizarea mediului înconjurător este redusă, ca şi când ar fi în ceaţă; (3) derealizare; (4) depersonalizare; şi (5) amnezie referitoare la o parte importantă a evenimentului. După traumă, evenimentul este retrăit persistent, sub forma gândurilor, imaginilor, visurilor, iluziilor şi episoadelor de flashback, sau prin expunerea la ceva ce aminteşte evenimentul. Persoana afectată prezintă anxietate crescută sau o stare de hiperexcitaţie, şi încearcă să evite stimulii asociaţi cu trauma. Tulburarea produce detresă marcată, şi afectează inserţia socio-profesională şi alte funcţii importante. Simptomele apar în primele 4 săptămâni de la evenimentul traumatic şi durează de la 2 zile la 4 săptămâni.
Tulburarea de stres posttraumatic	Agentul stresor extern, răspunsul temător şi retrăirea persistentă a evenimentului traumatic sunt similare cu cele din stresul acut. Pot apărea halucinaţii. Persoana manifestă hiperexcitaţie, abolirea reactivităţii generale, şi încearcă să evite stimulii asociaţi cu trauma. Tulburarea generează detresă marcată, afectează inserţia socială, profesională şi alte funcţii importante, şi are o durată mai mare de o lună.
Tulburarea de anxietate generalizată	În această tulburare lipseşte evenimentul traumatic extern sau elementul care să focalizeze teama. Anxietatea şi îngrijorarea excesivă, care sunt greu de controlat, apar în legătură cu mai multe tipuri de evenimente sau activităţi. Tulburarea asociază cel puţin trei dintre următoarele simptome: (1) nelinişte, hiperexcitaţie sau sentimentul de a sta ca pe ghimpi; (2) oboseală rapidă; (3) dificultăţi de concentrare sau senzaţie de vid mintal; (4) iritabilitate; (5) tensiune musculară; (6) tulburări ale somnului (dificultate în a adormi sau în a rămâne adormit, sau somn neliniştit şi nesatisfăcător). Tulburarea generează detresă marcată şi disfuncţionalităţi sociale, profesionale şi de alte tipuri.

PLANŞA 5-4

Tulburări psihotice

Tulburările psihotice implică alterarea severă a percepţiei realităţii. Diagnosticele specifice depind de natura şi durata simptomelor şi de cauză, atunci când aceasta poate fi identificată. Mai jos sunt prezentate şapte astfel de tulburări.

Schizofrenia

Schizofrenia determină disfuncţii majore, de exemplu în activitatea şcolară sau profesională, în relaţiile interpersonale sau de autoîngrijire. Diagnosticul se stabileşte când îndeplinirea uneia sau mai multora din aceste funcţii a fost afectată pe parcursul unei perioade de timp îndelungate, iar disfuncţia a ajuns la un nivel semnificativ inferior realizărilor anterioare. În plus, persoana trebuie să prezinte cel puţin două din următoarele elemente, timp de o lună: (1) idei delirante; (2) halucinaţii; (3) limbaj dezorganizat; (4) comportament catatonic* sau flagrant dezorganizat; şi (5) simptome negative, de exemplu aplatizare afectivă, afazie, sau avoliţie (lipsa de interes, de motivaţie şi incapacitatea de a stabili sau de a atinge obiective). Semnele prezentate trebuie să persiste continuu timp de cel puţin 6 luni.

Subtipurile acestei tulburări includ: tipul paranoid, tipul dezorganizat şi tipul catatonic.

Tulburarea schizofreniformă

Tulburarea schizofreniformă prezintă simptome similare cu cele ale schizofreniei, însă cu durata mai mică de 6 luni, iar afectarea funcţională observată în schizofrenie poate lipsi.

Tulburarea schizoafectivă

Tulburarea schizoafectivă înglobează atât trăsături ale unei tulburări afective majore cât şi caracteristici ale schizofreniei. Tulburarea afectivă (depresivă, maniacală sau mixtă) este prezentă aproape pe toată durata bolii şi trebuie, temporar, să coexiste cu simptome de schizofrenie (enumerate mai sus). În aceeaşi perioadă în care cele două tipuri de simptome coexistă, trebuie să fie prezente idei delirante sau halucinaţii timp de cel puţin 2 săptămâni, fără simptome afective remarcabile.

Tulburarea delirantă

Tulburarea delirantă se caracterizează prin prezenţa ideilor delirante non-bizare care implică situaţii din viaţa reală, cum ar fi a avea o boală sau a fi înşelat de partener. Ideile delirante persistă cel puţin o lună, însă afectarea funcţională nu este marcată, iar comportamentul persoanei nu este în mod evident ciudat sau bizar. Simptomele schizofreniei, cu excepţia halucinaţiilor tactile şi olfactive asociate ideilor delirante, nu au fost observate.

Tulburarea psihotică scurtă

În această afecţiune trebuie să fie prezent cel puţin unul dintre următoarele simptome psihotice: idei delirante, halucinaţii, limbaj dezorganizat (de exemplu divagare frecventă sau incoerenţă), comportament catatonic sau flagrant dezorganizat. Tulburarea durează cel puţin 1 zi, dar nu mai mult de 1 lună, după care persoana revine la nivelul de funcţionalitate anterior.

Tulburarea psihotică asociată cu o afecţiune medicală generală

În timpul evoluţiei unei afecţiuni medicale pot surveni halucinaţii sau idei delirante marcate. Pentru stabilirea diagnosticului, acestea nu ar trebui să apară exclusiv în timpul delirului. Afecţiunea medicală trebuie să fie documentată, iar relaţia cauzală cu simptomele trebuie să fie dovedită.

Tulburarea psihotică indusă de o substanţă

Halucinaţiile sau ideile delirante ieşite din comun pot fi generate de intoxicaţia cu o substanţă sau sevrajul la acea substanţă, cum ar fi alcoolul, cocaina sau opioidele. Pentru stabilirea diagnosticului, simptomele nu ar trebui să apară exclusiv în timpul delirului. Trebuie stabilită relaţia cauzală dintre substanţa incriminată şi simptome.

---

*Comportamentul catatonic constă în anomalii psihomotorii care includ stupor, mutism, rezistenţă negativă la instrucţiuni sau la încercarea de a mobiliza pacientul, poziţii rigide sau bizare, sau activitate motorie excesivă, aparent fără scop.

CAPITOLUL 6

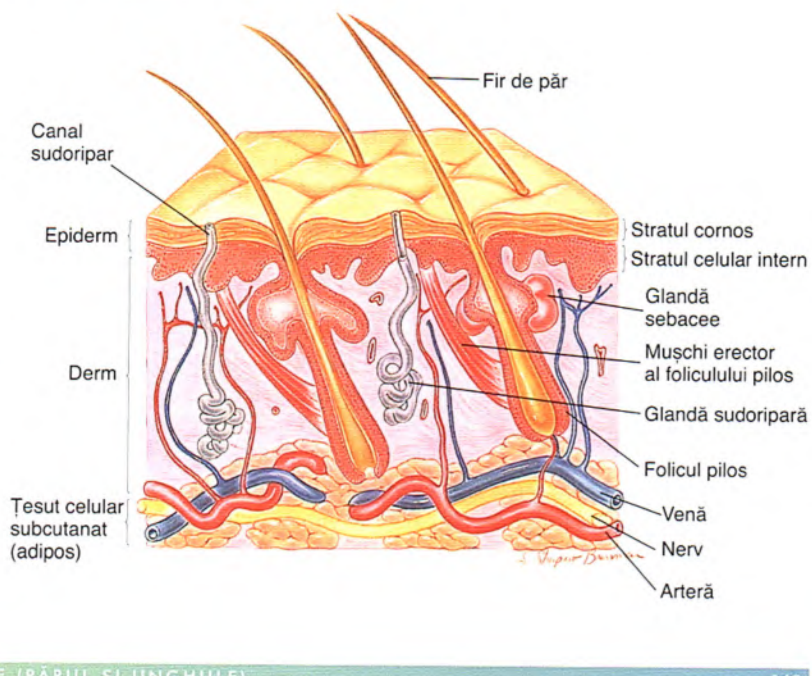
Tegumentul și fanerele (părul și unghiile)

ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Funcţia principală a tegumentului este menţinerea homeostaziei corpului în ciuda agresiunilor zilnice din mediul înconjurător. Tegumentul reprezintă o barieră pentru fluidele corporale, protejând în acelaşi timp ţesuturile subiacente de microorganisme, substanţe nocive şi radiaţii. Tegumentul intervine de asemenea în reglarea temperaturii corporale şi în sinteza vitaminei D. Părul, unghiile, glandele sudoripare şi glandele sebacee sunt considerate anexe ale tegumentului. Tegumentul şi anexele sale suferă numeroase schimbări odată cu înaintarea în vârstă. Pentru o trecere în revistă a schimbărilor tegumentare normale şi anormale ce survin odată cu îmbătrânirea, consultaţi Capitolul 20 (pag. 895-896).

Tegumentul. Tegumentul este cel mai greu organ al corpului uman, reprezentând aproximativ 16% din greutatea corporală şi acoperind o suprafaţă de cca 1,2 până la 2,3 metri pătraţi. Este alcătuit din trei straturi, dispuse în ordine de la exterior la interior: epidermul, dermul şi hipodermul (ţesutul celular subcutanat).

Cel mai superficial strat, *epidermul*, este subţire, lipsit de vase sanguine, şi alcătuit la rândul său din două straturi: un strat extern numit stratul cornos, compus din cheratinocite moarte, şi un strat celular intern, la nivelul căruia se sintetizează atât melanina cât şi cheratina. Migrarea celulelor din stratul intern până în stratul extern durează aproximativ o lună.



De nutriţia epidermului răspunde dermul, stratul situat imediat subiacent. Dermul prezintă vascularizaţie bogată şi conţine ţesut conjunctiv, glande sebacee, glande sudoripare şi foliculi piloşi. În profunzime, fuzionează cu *ţesutul celular subcutanat*, sau ţesutul *adipos* (cunoscut şi ca panicul adipos).

Coloraţia tegumentului normal depinde în principal de patru pigmenţi: melanina, carotenul, oxihemoglobina şi deoxihemoglobina. Cantitatea de *melanină*,

pigmentul maroniu de la nivelul tegumentului, este determinată genetic şi creşte odată cu expunerea la soare. *Carotenul* este un pigment galben-auriu prezent în ţesutul adipos subcutanat şi în zonele intens cheratinizate, cum ar fi palmele şi plantele.

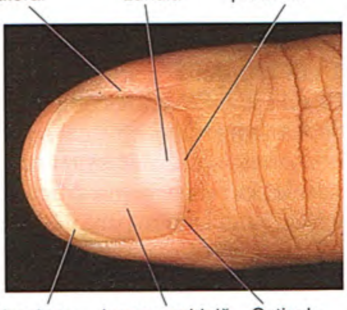
Hemoglobina, care se găseşte în eritrocite şi transportă cea mai mare parte a oxigenului din sânge, există sub două forme. *Oxihemoglobina*, un pigment de culoare roşu aprins, predomină în artere şi capilare. Creşterea fluxului sanguin în artere şi capilare determină înroşirea tegumentului, în timp ce scăderea fluxului sanguin la acest nivel determină paloare. Tegumentul celor cu fototipuri deschise este în mod normal mai roşiatic la nivelul palmelor, plantelor, feţei, gâtului şi toracelui superior.

Pe măsură ce sângele traversează patul capilar, oxihemoglobina îşi pierde din atomii de oxigen în favoarea ţesuturilor şi se transformă în *deoxihemoglobină* – un pigment de culoare mai închisă, cu nuanţă albăstruie. Prezenţa unei concentraţii crescute de deoxihemoglobină la nivelul vaselor sanguine din derm conferă tegumentului o nuanţă albăstruie, cunoscută sub denumirea de *cianoză*.

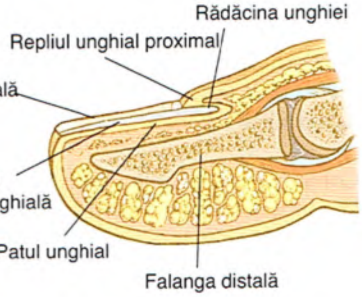
În funcţie de nivelul oxigenului în sângele arterial, cianoza este de două tipuri. Dacă acest nivel este scăzut, vorbim despre cianoză *centrală*. Dacă nivelul este normal, cianoza este *periferică*. Cianoza periferică apare atunci când fluxul sanguin cutanat scade şi se încetineşte, iar ţesuturile extrag o cantitate mai mare de oxigen din sânge. Cianoza periferică poate fi un răspuns normal la anxietate sau la temperaturi scăzute ale mediului înconjurător.

Culoarea tegumentelor este de asemenea influenţată de gradul de dispersie a luminii reflectate înapoi prin straturile superficiale nebuloase ale tegumentului sau pereţii vaselor sanguine. Această dispersie face ca tegumentul să pară mai albastru şi mai puţin roşu. Culoarea albăstruie a unei vene localizate subcutanat se datorează acestui efect; această nuanţă de albastru este mult mai intensă decât sângele venos obţinut prin puncţionarea venei respective.

Părul. Adulţii prezintă două tipuri de păr: *păr vellus*, constând în peri scurţi, subţiri, discreţi şi relativ nepigmentaţi; şi *perii terminali*, care sunt mai groşi, mai aspri, mai evidenţi şi de obicei pigmentaţi. Ca exemple de zone acoperite cu peri terminali menţionăm scalpul şi sprâncenele.



Unghiile. Unghiile protejează zonele distale ale degetelor de la mâini şi de la picioare. *Lama unghială (corpul unghiei)* este o structură dură, dreptunghiulară, de obicei curbată, a cărei culoare roz se datorează *patului unghial* vascularizat, de care aceasta este ferm ataşată. Observaţi porţiunea albicioasă în formă de semilună, numită *lunula*, şi marginea liberă a lamei unghiale. Aproximativ o pătrime din lama unghială (*rădăcina unghiei*) este acoperită de repliul unghial proximal. *Cuticula* începe la nivelul repliului şi are rol de etanşeizare, protejând spaţiul dintre repliu şi lamă de acţiunea umidităţii din mediul extern. *Repliurile unghiale laterale* acoperă porţiunile laterale ale lamei unghiale. Observaţi că unghiul dintre repliul unghial proximal şi lama unghială este în mod normal mai mic de 180°.



Ritmul de creştere al unghiilor este de aproximativ 0,1 mm pe zi, fiind mai lent pentru unghiile picioarelor.

Glandele sebacee şi glandele sudoripare. *Glandele sebacee* secretă o substanţă grasă care ajunge la suprafaţa tegumentului prin intermediul foliculilor piloşi. Glandele sebacee sunt prezente pe toate suprafeţele cutanate, cu excepţia palmelor şi a plantelor.

Glandele sudoripare sunt de două tipuri: ecrine și apocrine. *Glandele ecrine* sunt larg răspândite, orificiul lor de secreție se deschide direct la suprafața tegumentului, iar prin secreția lor contribuie la reglarea temperaturii corporale. Dimpotrivă, *glandele apocrine* se găsesc în principal în regiunile axilară și genitală, se deschid de obicei la nivelul foliculului pilos, iar secreția lor este stimulată de stresul emoțional. Descompunerea secreției apocrine sub acțiunea bacteriilor determină mirosul corpului la adult.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Căderea părului
- Erupții
- Nevi (alunițe)

Începeți anamneza cu câteva întrebări cu final deschis: „Ați observat vreo schimbare la nivel tegumentar?"... al părului? ... al unghiilor? ... „Ați avut vreo erupție? ... vreo rană? ... vreo umflătură? ... mâncărime?"

Cauzele de prurit generalizat includ xeroza cutanată, îmbătrânirea, sarcina, uremia, icterul, limfoamele și leucemia, reacțiile adverse medicamentoase și pediculoza.

Aproximativ jumătate din *melanoame* sunt detectate inițial de către pacient.[1]

Continuați cu: „Ați observat vreo aluniță care vă dă motive de îngrijorare? Aveți vreo aluniță la care ați observat modificarea dimensiunii, formei, culorii sau sensibilității? Ați observat apariția unor alunițe noi?" Dacă pacienții prezintă astfel de alunițe, investigați istoricul personal sau familial de melanom și rezultatele oricăror biopsii cutanate anterioare.

Alternativ, puteți amâna anumite întrebări referitoare la organul cutanat până în momentul examenului fizic, cu ocazia căruia veți inspecta tegumentul și veți identifica leziunile care reprezintă motiv de îngrijorare pentru pacient.

PROFILAXIE ȘI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Factori de risc pentru cancerele cutanate
- Evitarea expunerii excesive la soare

Medicii joacă un rol important în educația pacienților cu privire la depistarea precoce a alunițelor suspecte, măsurile de protecție cutanată și riscurile expunerii excesive la soare. Cancerele cutanate reprezintă tipul cel mai frecvent de cancer în Statele Unite și apar de obicei pe zonele expuse la soare, în special la nivelul capului, gâtului și mâinilor. Majoritatea cancerelor cutanate se încadrează în unul dintre cele trei tipuri descrise mai jos[2,3]:

- *Carcinomul bazocelular*, cu originea în stratul bazal al epidermului, reprezintă aproximativ 80% din cancerele cutanate. Acesta apare în zonele expuse la soare,

de obicei la nivelul capului şi gâtului. Are o nuanţă perlată, este translucid, prezintă dezvoltare lentă şi metastazează rareori.

- *Carcinomul spinocelular*, localizat în regiunea superioară a epidermului, reprezintă aproximativ 16% din cancerele cutanate. Are aspect clinic de tumoră eritematoasă, inflamată sau ulcerată, adesea acoperită de o crustă; poate metastaza.

- *Melanomul*, cu origine în celulele epidermice care produc pigmentul ce conferă culoare tegumentului – melanocitele – reprezintă aproximativ 4% din cancerele cutanate şi este tipul cu cel mai mare potenţial letal. Deşi rare, melanoamele reprezintă neoplazia cu cea mai rapidă creştere în Statele Unite. Riscul de melanom pe întreaga durată a vieţii este de 1 din 49 la bărbaţi şi 1 din 73 la femei.[4] Melanoamele pot invada rapid sistemul limfatic şi organele interne, determinând 80% din decesele prin cancer cutanat.[5] Mortalitatea este mai mare la bărbaţii din rasa albă, de aproximativ 3,6% pe an, posibil datorită gradului mai mic de conştientizare a pericolului şi prevalenţei mai mici a auto-examinării.[6]

Factori de risc pentru melanom. Contribuiţi la educaţia pacienţilor cu privire la *factorii de risc pentru melanom*. Rezultatele recent publicate ale unei analize efectuate la 364.000 de persoane incluse în Programul Naţional de Screening pentru Melanom/ Cancer cutanat desfăşurat sub egida Academiei Americane de Dermatologie validează modelul HARMM pentru identificarea prin screening a persoanelor cu risc crescut de cancer cutanat din populaţia generală.[7]

Modelul HARMM de risc pentru melanom

Factor de risc	Risc crescut de melanom
• Antecedente personale patologice de melanom	3,3
• Vârsta mai mare de 50 de ani	1,2
• Absenţa examenului dermatologic regulat	1,4
• Modificări ale nevilor (aluniţelor)	2,0
• Sexul masculin	1,4

Numărul factorilor de risc	Probabilitate crescută de melanom
• 0–1	1,0
• 2	1,7
• 3	2,5
• 4–5	4,5

(Sursa: Goldberg MS, Doucette JT, Lim HW, et al. Risk factors for presumptive melanoma in skin cancer screening: American Academy of Dermatology National Melanoma/ Skin Cancer Screening Program experience 2001-2005. J Am Acad Dermatology 57(1):60-66, 2007.)

Alţi factori de risc includ prezenţa unui număr mai mare sau egal cu 50 de nevi obişnuiţi; între 1 şi 4 nevi atipici, mai ales dacă sunt displazici[8,9]; păr roşcat sau de culoare deschisă; lentigine (lentigo simplex), sau macule maronii ori bronzate la nivelul zonelor fotoexpuse, similare efelidelor; radiaţii ultraviolete ca rezultat al expunerii exagerate la soare, lămpi cu ultraviolete, sau saloane de bronzare artificială; ochi sau tegumente de culoare deschisă, în special tegumentul care se arde

uşor, sau cu tendinţă la formarea de efelide (pistrui); istoric de arsuri solare severe, cu formare de vezicule, în copilărie; imunosupresie cauzată de infecţia HIV sau chimioterapie; şi istoric familial de melanom.[6,10] Depistarea precoce a melanomului, când dimensiunea sa este ≤3 mm, ameliorează semnificativă prognosticul.

Metoda de screening cea mai frecvent recomandată pentru depistarea cancerelor cutanate este *examinarea completă a suprafeţei tegumentare* de către medic, deşi datele privind utilitatea acestei metode atunci când este aplicată de medici din alte specialităţi decât dermatologia sunt limitate. Deşi Centrul de Medicină Preventivă din SUA nu a descoperit suficiente dovezi pentru a recomanda screening-ul prin inspecţia de rutină, Societatea Americană de Oncologie recomandă examinarea organului cutanat ca parte a unui control oncologic de rutină efectuat o dată la trei ani pentru grupul de vârstă 20-40 de ani şi anual pentru cei cu vârsta mai mare de 40 de ani.[11,12] Doar câteva studii au arătat că *auto-examinarea tegumentului* creşte gradul detecţiei,[13-15] însă această metodă necostisitoare poate promova conştientizarea la pacienţii aflaţi la risc. (Vezi Tehnici de auto-examinare a tegumentului la pag. 170-171.)

Descoperirea nevilor. Pacienţii şi medicii care descoperă nevi trebuie să aplice ***metoda ABCD*** în vederea screening-ului pentru melanom. Sensibilitatea metodei variază între 50-97% iar specificitatea între 96-99%.[1,12,16]

Vezi Planşa 6-10, Formaţiuni cutanate pigmentare benigne şi maligne, pag. 186

METODA ABCD DE EXAMINARE A NEVILOR ÎN VEDEREA IDENTIFICĂRII UNUI POSIBIL MELANOM

- **A** asimetria unei laturi a nevului faţă de cealaltă
- **B** bordura (marginea) neregulată, mai ales dacă are aspect zdrenţuit, dinţat sau neclar
- **C** culoarea: variaţii ale culorii, mai ales apariţia nuanţelor de albastru sau negru
- **D** diametrul: dacă este ≥6 mm sau diferit faţă de restul nevilor, mai ales dacă nevul s-a modificat, a devenit pruriginos sau a sângerat

Profilaxia cancerului cutanat. Consiliaţi pacienţii cu privire la strategiile de prevenire, de exemplu reducerea expunerii la soare şi folosirea produselor fotoprotectoare (deşi eficacitatea acestora nu a fost complet validată)[13]. Instruiţi pacienţii să minimizeze expunerea directă la soare, în special în perioada prânzului, când razele ultraviolete de tip B (UV-B), cea mai frecventă cauză a cancerului cutanat, prezintă un vârf de intensitate. Produsele fotoprotectoare sunt de două tipuri: groase, asemănătoare unei paste, care blochează complet trecerea radiaţiei solare, şi produsele fotoprotectoare care absorb lumina, definite prin „factorul de protecţie solară" („sun protective factor" – SPF). SPF este reprezentat de raportul dintre numărul de minute necesar tegumentului tratat versus numărul de minute necesare tegumentului netratat pentru a se înroşi în urma expunerii la UV-B. Se recomandă folosirea unor produse cu SPF ≥ 15, care conferă protecţie împotriva a 93% din totalul radiaţiilor solare. (Nu există o scală pentru UV-A, care determină foto-îmbătrânirea, sau pentru UV-C, radiaţiile cu cel mai mare potenţial carcinogen, a căror trecere este însă blocată de stratul de ozon din atmosferă). Produsele fotoprotectoare rezistente la apă, cu remanenţă mai mare la nivel cutanat, sunt de preferat. Totuşi, nu uitaţi că folosirea produselor fotoprotectoare poate oferi pacienţilor o senzaţie falsă de siguranţă şi astfel creşte expunerea la soare.

TEHNICI DE EXAMINARE

Examinarea tegumentului, părului şi unghiilor începe odată cu evaluarea stării generale şi continuă de-a lungul examenului clinic obiectiv. Totuşi, nu uitaţi să vă asiguraţi că pacientul poartă un halat şi este îmbrăcat astfel încât să fie posibilă inspecţia detaliată a părului, feţei anterioare şi posterioare a corpului, palmelor, plantelor şi spaţiilor interdigitale.

Inspectaţi întreaga suprafaţă cutanată, ideal în lumină naturală sau lumină artificială similară cu cea naturală. Corelaţi elementele identificate cu cele rezultate din examinarea mucoaselor, în special atunci când evaluaţi culoarea tegumentului, deoarece bolile pot fi localizate în ambele zone. Tehnica de examinare a mucoaselor este descrisă în capitolele următoare.

Lumina artificială distorsionează adesea culorile şi poate masca prezenţa icterului.

Pentru a creşte acurateţea observaţiilor, studiaţi planşele de la sfârşitul capitolului pentru a identifica mai corect modificările de culoare şi structură şi tipurile de leziuni pe care le-aţi putea întâlni cu ocazia examenului clinic.

TEGUMENTUL

Inspectaţi şi palpaţi tegumentul. Luaţi aminte la următoarele caracteristici:

Culoarea. Pacienţii pot observa înaintea medicului o modificare de culoare cutanată. Întrebaţi-i dacă au observat aşa ceva. Căutaţi hiperpigmentări (regiuni de culoare brună), depigmentări, eritem, paloare, cianoză sau îngălbenirea tegumentului.

Vezi Planşa 6-1, Modificări de culoare ale tegumentului (pag. 174-175).

Evaluaţi coloraţia roşie a oxihemoglobinei şi paloarea în absenţa acesteia în regiunile în care stratul cornos are grosimea cea mai mică, determinând dispersie minimă: unghiile de la mâini, buzele şi mucoasele, mai ales cea bucală şi conjunctiva palpebrală. La cei cu fototipuri închise, inspectarea palmelor şi a plantelor poate fi utilă.

Paloarea apare prin diminuarea roşeţii cutanate normale în *anemie* şi prin scăderea fluxului sanguin, cum se întâmplă în sincopă sau insuficienţa arterială.

Cianoza centrală se observă cel mai bine la nivelul buzelor, mucoasei bucale şi limbii. Totuşi, buzele pot deveni albăstrii la temperaturi scăzute, iar melanina de la nivelul buzelor poate simula cianoza la cei cu tegument de culoare mai închisă.

Cauzele *cianozei centrale* includ afecţiunile pulmonare severe, bolile cardiace congenitale şi hemoglobinopatiile.

Cianoza unghiilor, mâinilor şi picioarelor poate fi de origine centrală sau periferică. Anxietatea sau temperatura scăzută din cabinetul medical pot determina apariţia cianozei periferice.

Cianoza din *insuficienţa cardiacă congestivă* este de obicei de tip periferic, reflectând scăderea fluxului sanguin, însă în *edemul pulmonar* cianoza poate fi şi de tip central. *Obstrucţia venoasă* poate fi cauza cianozei periferice.

Căutaţi la nivelul sclerelor nuanţa galbenă caracteristică icterului. Coloraţia icterică poate fi prezentă şi la nivelul conjunctivei palpebrale, buzelor, palatului dur, feţei inferioare a limbii, membranei timpanice şi tegumentului. Pentru a observa mai uşor icterul la nivelul buzelor, reduceţi nuanţa roşie a acestora presându-le cu ajutorul unei lamele de sticlă transparente.

Coloraţia icterică sugerează afectare hepatică sau hemoliză excesivă.

Pentru a identifica nuanţa de galben care însoţeşte nivelurile exagerate de caroten, inspectaţi palmele, plantele şi faţa.

Carotenodermie

Hidratarea. De exemplu: xeroza cutanată, transpiraţia şi excesul de sebum.

Xeroză cutanată în hipotiroidism; exces de sebum în acnee

Temperatura. Folosiţi faţa dorsală a degetelor pentru a evalua temperatura. Astfel veţi identifica creşterii sau scăderea generalizată a temperaturii cutanate, precum şi temperatura regiunilor eritematoase.

Creşterea generalizată a temperaturii cutanate în febră, *hipertiroidism*; scăderea temperaturii în *hipotiroidism*. Căldură locală în inflamaţie sau celulită

Textura. De exemplu: rugoasă sau netedă.

Tegumente aspre în *hipotiroidism*; textură catifelată în *hipertiroidism*

Mobilitatea şi turgescenţa. Formaţi un pliu cutanat pentru a observa uşurinţa cu care se ridică tegumentul (mobilitatea) şi viteza cu care revine la poziţia iniţială (turgescenţa).

Mobilitate redusă în edem, sclerodermie; turgescenţă redusă în stări de deshidratare

Leziuni. Observaţi orice leziuni cutanate, împreună cu caracteristicile acestora:

- *Localizarea anatomică şi distribuţia* la nivelul corpului. Sunt generalizate sau localizate? De exemplu, implică zonele expuse, regiunile intertriginoase, suprafeţele de extensie sau de flexie, sau regiunile acrale (periferice)? Implică zonele expuse la alergeni sau agenţi iritanţi specifici, de exemplu brăţări, inele, sau compuşi chimici industriali?

Numeroase boli cutanate au o distribuţie caracteristică. *Acneea* afectează faţa, toracele superior şi posterior; *psoriazisul* afectează genunchii şi coatele (şi alte zone); *candidoza* afectează regiunile intertriginoase. Vezi modelele redate în Planşa 6-2, Leziuni cutanate – localizare anatomică şi distribuţie (pag. 176).

- *Modelul şi forma*. De exemplu: sunt liniare, grupate, anulare (de forma unui inel), arciforme (în formă de arc), cu aspect de hartă geografică sau serpiginoase (în formă de şarpe sau vierme)? Au distribuţie dermatomerică, ocupând o porţiune a tegumentului care corespunde zonei inervate de un anumit nerv senzitiv? (vezi pag. 632-633).

Prezenţa veziculelor cu localizare dermatomerică unilaterală este tipică pentru herpes zoster.[17] Vezi modelele din Planşa 6-3, Leziuni cutanate – modele şi forme (pag. 177).

- *Tipurile de leziuni cutanate* (de exemplu: macule, papule, vezicule, nevi). Pe cât posibil, identificaţi leziunile reprezentative şi recente care nu au fost traumatizate prin grataj sau alte metode. Inspectaţi-le cu atenţie şi palpaţi-le.
- *Culoarea* acestora.

Vezi Planşa 6-4, Leziuni cutanate elementare (pag. 178-180); Planşa 6-5, Leziuni cutanate secundare (pag. 181); Planşa 6-6, Leziuni cutanate secundare – deprimate (pag. 182); Planşa 6-7, Acneea vulgară – Leziuni cutanate primare şi secundare (pag. 183); Planşa 6-8, Leziuni cutanate vasculare şi purpurice (pag. 184); Planşa 6-9, Tumori cutanate (pag. 185); şi Planşa 6-10, Formaţiuni cutanate pigmentare benigne şi maligne (pag. 186).

LEZIUNILE CUTANATE ŞI CONTEXTUL ÎN CARE APAR

După ce vă familiarizaţi cu leziunile cutanate elementare, treceţi în revistă aspectul lor cu ajutorul Planşelor 6-11 şi 6-12 şi al unui manual de dermatologie adecvat ilustrat. De câte ori veţi observa o leziune cutanată, căutaţi să o identificaţi într-un

Vezi Planşa 6-11, Leziuni cutanate şi contextul în care apar (pag. 187-188) şi Planşa 6-12, Diverse afecţiuni

astfel de material. Tipurile de leziuni, localizarea şi distribuţia lor, împreună cu alte informaţii furnizate de anamneză şi examenul clinic ar trebui să vă uşureze căutarea, şi, în timp, stabilirea diagnosticelor dermatologice specifice.

şi manifestările cutanate asociate (pag. 189-190).

Evaluarea pacientului imobilizat la pat. Pacienţii imobilizaţi la pat, mai ales atunci când sunt emaciaţi, vârstnici sau cu comorbidităţi neurologice, sunt îndeosebi susceptibili la leziuni cutanate şi ulceraţii. *Escarele de decubit* apar în zonele în care compresia susţinută produce blocarea fluxului sanguin arteriolar şi capilar de la nivel cutanat. Escarele pot fi şi consecinţa forţelor de frecare imprimate de mişcarea corpului. Atunci când o persoană alunecă în pat dintr-o poziţie semi-şezândă, de exemplu, sau este târât în loc să fie ridicat din poziţia culcat pe spate, mişcările respective pot deforma ţesuturile fesiere moi şi provoacă obstruarea arterelor şi arteriolelor. Fricţiunea şi umiditatea excesivă amplifică suplimentar riscul.

Vezi Planşa 6-13, Escare de decubit (pag. 191)

Evaluaţi orice pacient la care există suspiciunea de escare prin inspectarea atentă a tegumentelor ce acoperă osul sacru, fesele, marele trohanter, genunchii şi călcâiele. Întoarceţi pacientul pe o parte pentru a putea vedea regiunea sacrală şi fesele.

Eritemul cutanat local avertizează cu privire la riscul de necroză, deşi unele escare de decubit profunde evoluează fără eritem care să le preceadă. Pot fi observate ulceraţii.

PĂRUL

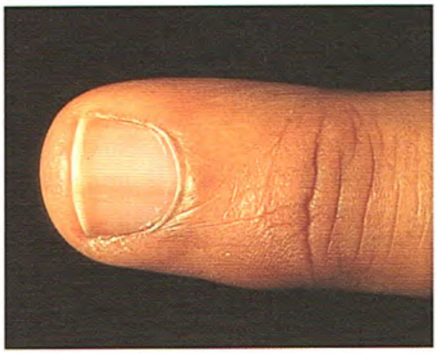
Inspectaţi şi palpaţi părul. Observaţi cantitatea, distribuţia şi textura sa.

Termenul de *alopecie* se referă la căderea părului – difuză, în placarde sau totală. Păr subţire din *hipotiroidism*; păr fin şi mătăsos din *hipertiroidism*

Vezi Planşa 6-14, Căderea părului (pag. 192).

UNGHIILE

Inspectaţi şi palpaţi unghiile de la mâini şi de la picioare. Observaţi culoarea, forma şi eventualele leziuni. Unghiile pacienţilor cu tegumentul de culoare mai închisă pot prezenta benzi longitudinale pigmentare normale.



Vezi Planşa 6-15, Modificări unghiale sau periunghiale (pag. 193-194).

TEHNICI SPECIALE

Instrucţiuni pentru auto-examinarea cutanată. Academia Americană de Dermatologie recomandă auto-examinarea regulată a tegumentului cu ajutorul următoarelor tehnici. Pacientul va avea nevoie de o oglindă în care să se vadă din

cap până-n picioare, o oglindă de mână şi o cameră bine luminată unde să beneficieze de intimitate. Învăţaţi pacientul să folosească metoda **ABCD** pentru a evalua aluniţele (vezi pag. 186) şi arătaţi-i fotografiile cu formaţiuni cutanate pigmentare benigne şi maligne din Planşa 6-10 de la pag. 186.

AUTO-EXAMINAREA TEGUMENTULUI - INSTRUCŢIUNI PENTRU PACIENŢI



Examinaţi în oglindă faţa anterioară şi posterioară a corpului, apoi regiunea laterală dreaptă şi stângă cu braţele ridicate.



Îndoiţi coatele şi inspectaţi cu atenţie antebraţele, regiunea superioară a axilei şi palmele.



Examinaţi faţa posterioară a membrului inferior, piciorului, spaţiile interdigitale de la nivelul piciorului şi planta.



Examinaţi regiunea cefei şi scalpul cu ajutorul unei oglinzi de mână. Formaţi cărări la nivelul părului pentru a vedea mai bine.



La final examinaţi spatele şi fesele cu ajutorul unei oglinzi de mână.

(Sursa: Adaptat după Academia Americană de Dermatologie. SkinCancerNet. Disponibil la: http://www.skincarephysicians.com/skincancernet; şi după Academia Americană de Dermatologie. How to perform a self-examination. Disponibil la: http://www.aad.org/public/News/DermInfo/SelfExam.htm. Accesat la data de 16 iunie 2007.)

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Inițial veți folosi propoziții pentru consemnarea datelor, dar în timp veți începe să utilizați fraze. Exemplul de mai jos conține enunțuri adaptabile pentru majoritatea situațiilor.

Consemnarea examenului fizic – tegumentul

„Culoare roz. Tegumente calde și umede. Unghii fără hipocratism sau cianoză. Fără nevi suspecți. Fără erupții, peteșii sau echimoze."

SAU

„Paloare facială marcată, cu cianoză periorală. Palme reci și umede. Cianoza patului unghial la degetele de la mâini și picioare. Prezintă un nev supradenivelat, negru-albăstrui, dimensiune de 1 x 2 cm, cu margine neregulată, situat pe antebrațul drept. Fără erupții."

Sugerează cianoză centrală și un posibil melanom

SAU

„Facies pletoric. Tegumente icterice. Angioame stelate la nivelul toracelui anterior. Eritem palmar. Prezintă o papulă izolată cu aspect perlat, centru deprimat și telangiectazii, dimensiune 1 x 1 cm, situată în regiunea cervicală posterioară, deasupra liniei gulerului. Fără nevi pigmentari suspecți. Unghii cu hipocratism, dar fără cianoză."

Sugerează posibilitatea afectării hepatice și prezența unui carcinom bazocelular

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Whited JD, Grichnik JM. Does this patient have a mole or a melanoma? The rational clinical examination. JAMA 279(9): 696–701, 1998.
2. American Academy of Dermatology. Public Resource Center: 2004 Melanoma fact sheet. Available at: http://www.aad.org/public/News/DermInfo/2004MelanomaFAQ.htm. Accessed June 16, 2007.
3. American Academy of Dermatology. What is skin cancer? Skincare.net. Available at: http://www.skincarephysicians.com/skincancernet/whatis.html. Accessed January 29, 2005.
4. National Cancer Institute. Cancer Topics. Melanoma. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/types/melanoma/. Accessed June 16, 2007.
5. Miller AJ, Mihm MC. Melanoma. N Engl J Med 355(1): 51–65, 2006.
6. Helfand M, Krages KP. Counseling to Prevent Skin Cancer: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, October 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/skcacoun/skcounsum.htm. Accessed June 16, 2007.
7. Goldberg MS, Doucette JT, Lim HW, et al. Risk factors for presumptive melanoma in skin cancer screening: American Academy of Dermatology National Melanoma/Skin Cancer Screening Program experience 2001–2005. J Am Acad Dermatology 57(1):60–66, 2007.
8. Naeyaert JM, Broches L. Dysplastic nevi. N Engl J Med 349(23):2233–2240, 2003.
9. Tucker MA, Halpern A, Holly EA, et al. Clinically recognized dysplastic nevi: a central risk factor for cutaneous melanoma. JAMA 277(18):1439–1444, 1997.
10. National Cancer Institute. Melanoma: who's at risk? Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/melanoma/page7. Accessed June 16, 2007.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Skin Cancer: Recommendations and Rationale. [Article originally published in Am J Prev Med 20(3S):44–46, 2001.] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/skcarr.htm. Accessed June 16, 2007.
12. American Cancer Society. Skin cancer, 2005. Available at: http://www.cancer.org/downloads/PRO/SkinCancer.pdf. Accessed June 16, 2007.
13. U.S. Preventive Services Task Force: Counseling to Prevent Skin Cancer: Recommendations and Rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/skcacoun/skcarr.htm. Accessed June 16, 2007.

14. Berwick M, Begg CB, Fine JA, et al. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. J Natl Cancer Inst 88: 17–23, 1996.
15. Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ. Predictors of skin self-examination performance. Cancer 95(1):135–146, 2002.
16. American Academy of Dermatology. SkinCancerNet. Skin Examinations. Available at: http://www.skincarephysicians.com/skincancernet/skin_examinations.html#Examination%20by%20a%20Dermatologist. Accessed June 16, 2007.
17. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Skin Cancer: Summary of the Evidence. [Article originally published in Am J Prev 20(3S):47–58, 2001.] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/helfand1.htm. Accessed June 16, 2007.
18. Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
19. Spicknall KE, Zirwas MJ, English JC 3rd. Clubbing: an update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. J Am Acad Dermatol 52(6):1020–1028, 2005.
20. Fawcett RS, Hart TM, Lindford S, et al. Nail abnormalities: clues to systemic diseases. Am Fam Phys 69(6):1418–1425, 2004.
21. Hanford RR, Cobb MW, Banner NT. Unilateral Beau's lines associated with a fractured and immobilized wrist. Cutis 56(5): 263–264, 1995.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous cell carcinoma. N Engl J Med 344(13):975–983, 2001.

American Academy of Dermatology. Malignant Melanoma. Available at: http://www.aad.org/public/Publications/pamphlets/MalignantMelanoma.htm. Accessed June 16, 2007.

American Cancer Society. Cancer Statistics Presentation 2007. Available at: http://www.cancer.org/docroot/PRO/content/PRO_1_1_Cancer_Statistics_2007_Presentation.asp. Accessed June 16, 2007.

Boulton AJM, Kirsner RS, Vileikyte L. Neuropathic diabetic foot ulcers. N Engl J Med 351(1):48–55, 2004.

Fitzpatrick TB, Wolff K, Johnson RA, et al. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

Fitzpatrick TB, Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th ed. New York: McGraw-Hill, 2008.

Gnann JW, Whitley RJ. Herpes zoster. N Engl J Med 347(5): 340–346, 2002.

Grimes P. New insights and new therapies in vitiligo. JAMA 293(6):730–735, 2005.

Habif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy, 4th ed. New York: Mosby, 2004.

Habif TP. Skin Disease: Diagnosis and Treatment, 2nd ed. Philadelphia: Elsevier–Mosby, 2005.

Hall AH. Chronic arsenic poisoning. Toxicol Lett 128(1–3): 69–72, 2002.

Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Hordinsky M, Sawaya M, Roberts JL. Hirsutism and hair loss in the elderly. Clin Geriatr Med 18(1):121–133, 2002.

Miller AJ, Mihm MC. Melanoma. N Engl J Med 355(1):51–65, 2006.

Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 289(2):223–226, 2003.

Myers KA, Farquhar DRE. Does this patient have clubbing? JAMA 286(3):341–347, 2001.

Rubin A, Elbert HC, Ratner D. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med 353(21):2262–2269, 2005.

Scanlon E, Stubbs N. Pressure ulcer risk assessment in patients with darkly pigmented skin. Professional Nurse 19(6):339–341, 2004.

Schon MP, Henning-Boehncke W. Psoriasis. N Engl J Med 352(18): 1899–1912, 2005.

Singer AJ, Clark RAF. Cutaneous wound healing. N Engl J Med 341(10):738–746, 1999.

Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA 293(2):217–228, 2005.

Swartz MN. Cellulitis. N Engl J Med 350(9):904–912, 2004.

Yancey KB, Egan GA. Pemphigoid: clinical, histologic, immunopathologic, and therapeutic considerations. JAMA 284(3): 350–356, 2000.

Colecția Bates vă oferă aceste resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination, 4th edition*

PLANŞA 6-1

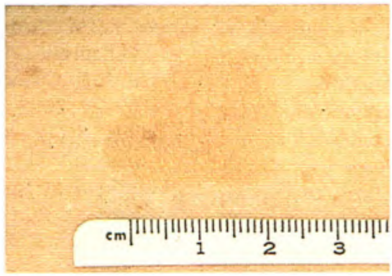
Modificări de culoare ale tegumentului

Tulburări de pigmentare

Creşterea generalizată a sintezei de *melanină* poate fi cauzată de boala Addison (insuficienţa corticosuprarenală) sau de anumite tumori hipofizare. Mai frecvente sunt tulburările de hiper- sau hipopigmentare locală.

Maculele Café-Au-Lait ("cafea cu lapte")

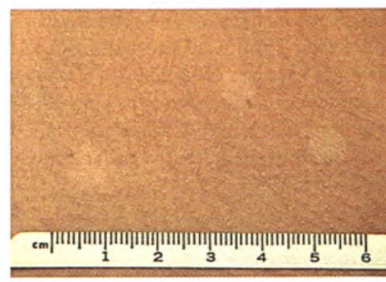
Acestea sunt macule sau pete pigmentate discret şi uniform, cu margine relativ neregulată şi diametrul cuprins între 0,5 cm şi 1,5 cm; au caracter benign. Însă, prezenţa a şase sau mai multe astfel de pete, fiecare cu diametrul >1,5 cm, sugerează neurofibromatoza (pag. 188). (Maculele mai mici, de culoare mai închisă, nu sunt corelate cu afecţiunea).



Pitiriazis versicolor

Este o infecţie fungică superficială cutanată comună, caracterizată prin macule hipopigmentate, cu scuamă fină, localizate la nivelul trunchiului, gâtului şi braţelor (distribuţia în "tricou cu mânecă scurtă"). Sunt mai uşor de identificat la cei cu tegument de culoare mai închisă sau, la unii pacienţi, după bronzare. La cei cu tegument de culoare mai deschisă, maculele pot fi eritematoase sau bronzate, şi nu decolorate.





Vitiligo

În vitiligo, maculele depigmentate sunt localizate la nivelul feţei, mâinilor, picioarelor, suprafeţelor de extensie şi al altor regiuni şi pot conflua, formând zone mai mari unde melanina este absentă. În fotografie, zona de culoare maron reprezintă tegumentul normal; iar zonele palide sunt cele afectate de vitiligo. Această afecţiune poate avea caracter ereditar şi frecvent constituie o sursă importantă de stres pentru pacient.

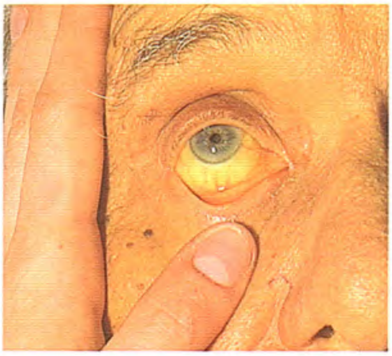




Cianoza

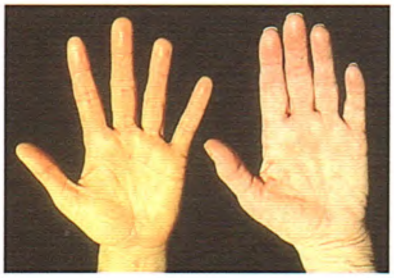
Cianoza se referă la nuanţa albăstruie care poate fi observată (în imaginea alăturată) la nivelul unghiilor şi degetelor de la picioare. Comparaţi această culoare cu aspectul normal, roz, al unghiilor şi degetelor de la mâna aceluiaşi pacient. În acest exemplu, întoarcerea venoasă ineficientă la nivelul membrelor inferioare a determinat apariţia cianozei periferice. Cianoza, mai ales atunci când este discretă, poate fi greu de diferenţiat de culoarea normală a tegumentului.





Icterul

În icter tegumentele prezintă o colorație galbenă cu caracter difuz. Observați contrastul dintre culoarea tegumentului pacientului și culoarea mâinii examinatorului. După cum se poate vedea în imagine, icterul poate fi detectat cel mai ușor și sigur la nivelul scleroticii. De asemenea poate fi evident la nivelul mucoaselor. Cauzele icterului includ *afectarea hepatică* și *hemoliza eritrocitelor*.



Carotenodermia

Aspectul gălbui al palmelor din carotenodermie (care uneori este o modificare clinică discretă) este comparat cu aspectul unei palme de nuanță normală, roz. Spre deosebire de icter, carotenodermia nu afectează sclerele, care rămân albe. Cauza este o dietă cu conținut crescut în morcovi și alte legume sau fructe galbene. Carotenodermia nu este periculoasă, însă indică necesitatea reevaluării aportului alimentar.



Eritemul

Nuanța roșie determinată de creșterea fluxului sanguin, ce conferă imaginea tipică de „obraji pălmuiți", apare în *eritemul infecțios* („boala a cincea").



Erupția facială heliotropă

Este o erupție violacee localizată la nivelul pleoapelor, întâlnită în *dermatomiozită*, o boală care face parte din grupul colagenozelor.

(Sursa fotografiilor: *Pitiriazis versicolor* – Ostler HB, Mailbach HI, Hoke AW, Schwab IR. Diseases of the Eye and Skin: A Color Atlas. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004; *Vitiligo, Eritemul* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003; *Erupția facială heliotropă* – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 8th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.)

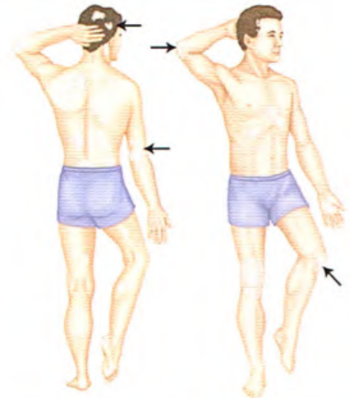
PLANȘA 6-2

Leziuni cutanate – localizare anatomică și distribuție





Pitiriazis rozat
Leziuni eritematoase, ovale, de formă asemănătoare cu cele din tinea corporis.





Psoriazis
Leziuni cu scuamă argintie, situate în principal pe suprafețele de extensie.





Pitiriazis versicolor
Leziuni hiperpigmentate, plane, cu scuamă fină.





Eczema atopică
(forma ce apare la adult)
Apare predominant la nivelul suprafețelor de flexie.

(Sursa: *Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases*, 8th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000; fotografii din: Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003).

PLANȘA 6-3

Leziuni cutanate – modele și forme



Liniar
Exemplu: nevul epidermic verucos liniar



Geografic
Exemplu: Mycosis fungoides



Grupat
Exemplu: aspectul grupat al leziunilor din herpes simplex



Serpiginos
Exemplu: Tinea corporis



Anular, arciform
Exemplu: leziunile inelare din Tinea facialis

(Sursa fotografiilor: *Nevul epidermic verucos liniar, Herpes simplex, Tinea facialis* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003; *Mycosis fungoides, Tinea corporis*: Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 8th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.)

Leziuni cutanate elementare (*prezentarea inițială*)

Leziuni plane, nepalpabile, însoţite de modificări de culoare a tegumentului

Macula – pată mică, aplatizată, cu dimensiunea de până la 1,0 cm



HEMANGIOM



VITILIGO

Pata – pată turtită, cu dimensiunea de 1,0 cm sau mai mare



PETE CAFÉ-AU-LAIT

Leziuni supradenivelate, palpabile: mase solide

Placa – leziune superficială supradenivelată cu dimensiunea de 1,0 cm sau mai mare, formată adesea prin coalescenţa papulelor

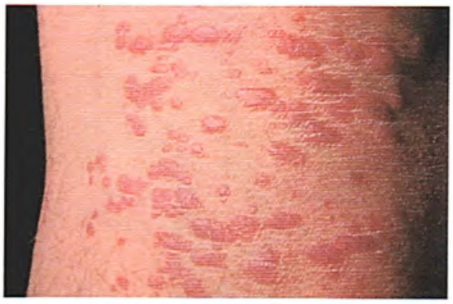


PSORIAZIS



PSORIAZIS

Papula – are dimensiunea de până la 1,0 cm



PSORIAZIS

Nodulul – leziune solidă cu dimensiunea mai mare de 0,5 cm, mai profundă şi mai fermă decât o papulă



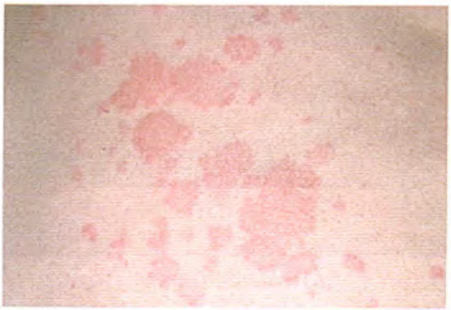
DERMATOFIBROM

Chistul – nodul plin cu conţinut lichid sau semisolid care poate fi exprimat



CHIST EPIDERMOID DE INCLUZIUNE

Leziunea urticariană – arie tegumentară supradenivelată, superficială, cu contur relativ neregulat şi caracter fugace, constând în edem cutanat localizat



URTICARIE

Leziuni supradenivelate, palpabile, pline cu lichid

Vezicula – acumulare de fluid seros, cu dimensiunea de până la 1,0 cm



HERPES SIMPLEX



HERPES ZOSTER

(planşa se continuă la pagina 180)

Leziuni cutanate elementare (continuare)

Bula – acumulare de fluid seros cu dimensiunea de 1,0 cm sau mai mare



ÎNȚEPĂTURĂ DE INSECTĂ



ÎNȚEPĂTURĂ DE INSECTĂ

Pustula – acumulare de puroi

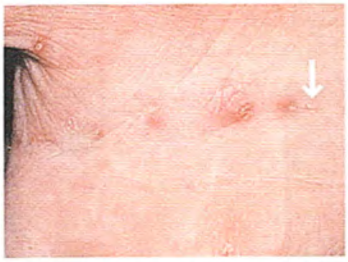


ACNEE



VARIOLĂ

Tunelul acarian (în scabie) – un tunel minuscul, ușor elevat, localizat în epiderm, descoperit de obicei la nivelul suprafeței palmare și a părților laterale ale degetelor. Are aspectul unei linii scurte (5-15 mm), dreaptă sau curbă, de culoare cenușie, care se poate termina cu o veziculă mică. Leziunile cutanate includ mici papule, pustule, regiuni lichenificate și excoriații. Cu ajutorul unei lupe căutați *tunelul (șanțul)* acarian al parazitului care produce scabia.



SCABIE

(Sursa fotografiilor: *Hemangiom, Pete café-au-lait, Psoriazis* [în partea de jos], *Dermatofibrom, Herpes simplex, Herpes zoster, Înțepătură de insectă* [dreapta] – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; *Vitiligo, Psoriazis* [în partea de sus], *Chist epidermoid de incluziune, Urticarie, Înțepătură de insectă* [stânga], *Acnee, Scabie* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003; *Variolă* – Ostler HB, Mailbach HI, Hoke AW, Schwab IR. Diseases of the Eye and Skin: A Color Atlas. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.)

PLANȘA 6-5

Leziuni cutanate secundare (*observate în tratamentul excesiv, gratajul excesiv, suprainfectarea leziunilor primare*)

Scuama – un agregat de celule epidermice moarte exfoliate



IHTIOZA VULGARĂ



TEGUMENT USCAT (XEROZĂ CUTANATĂ)

Crusta – rezultatul uscării unui exsudat, de exemplu ser, puroi sau sânge



IMPETIGO

Lichenificarea – îngroșarea vizibilă și palpabilă a epidermului și creșterea asperității tegumentului cu accentuarea cadrilajului cutanat normal (adesea ca rezultat al gratajului cronic)



NEURODERMATITĂ

Cicatricea – formare de țesut fibros ca urmare a unei boli sau traumatism



CICATRICE HIPERTROFICĂ PRODUSĂ PRIN INJECTARE DE STEROIZI

Cheloidul – cicatrice hipertrofică (exagerată) care depășește limitele leziunii inițiatoare



CHELOID AL LOBULUI URECHII

(Sursa fotografiilor: *Lichenificarea* – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; *Ihtioza, Tegumentul uscat, Cicatricea hipertrofică, Cheloidul* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.)

Leziuni cutanate secundare – cu pierdere de substanță



Eroziunea – leziune cu pierdere de substanță a cărei adâncime nu depășește epidermul superficial și care se vindecă fără cicatrice; suprafața este umedă dar nu sângerează

Exemplu: stomatita aftoasă, regiune umedă după ruperea unei vezicule, similar cu aspectul din varicelă



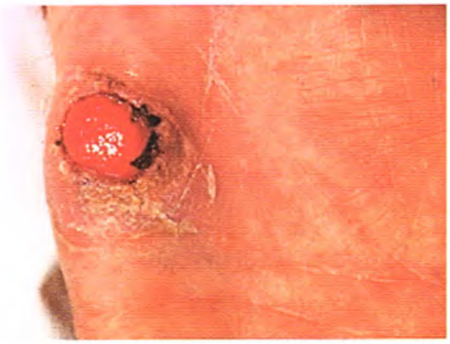
Excoriația – eroziune punctiformă sau liniară cauzată de scărpinat

Exemplu: zgârieturile de pisică



Fisura – pierdere de substanță liniară, ca rezultat al uscăciunii excesive

Exemplu: piciorul de atlet



Ulcerația – leziune cu pierdere de substanță ce afectează atât epidermul cât și dermul; poate sângera și se poate vindeca cu cicatrici

Exemple: ulcerul de stază din insuficiența venoasă, șancrul sifilitic

(Sursa fotografiilor: *Eroziunea, Excoriația, Fisura* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003; *Ulcerația* – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 8th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000)

PLANȘA 6-7

Acneea vulgară – leziuni cutanate primare și secundare

Acneea vulgară este cea mai frecventă afecțiune cutanată în Statele Unite, fiind întâlnită la peste 85% din adolescenți.[18] Acneea este o afecțiune a foliculului pilosebaceu care constă în: proliferarea cheratinocitelor de la nivelul ostiumului folicular; producția crescută de sebum, stimulată de hormonii androgeni, care în combinație cu cheratinocitele determină obstrucția foliculului pilos; proliferarea *Propionibacterium acnes*, o bacterie anaerobă de tip gram pozitiv face parte din flora cutanată normală; și inflamația cauzată de activitatea bacteriană cu eliberare de acizi grași liberi și enzime din neutrofilele activate.[18] Dintre factorii favorizanți amintim cosmeticele, umiditatea, transpirația excesivă și stresul.

Leziunile apar în zonele cele mai bogate în glande sebacee, respectiv fața, gâtul, toracele anterior, regiunea posterioară a trunchiului și partea superioară a brațelor. Acestea pot fi primare, secundare sau mixte.

Leziuni primare



Acnee ușoară

Comedoane deschise și închise, ocazional papule



Acnee moderată

Comedoane, papule, pustule



Acnee chistică severă

Leziuni secundare

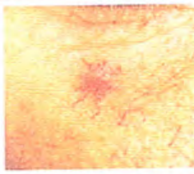
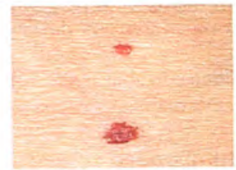


Acnee cu zone deprimate și cicatrici

PLANȘA 6-8

Leziuni cutanate vasculare și purpurice

Leziuni vasculare

	*Angiom stelat**	*Venectazii**	*Angiom în cireașă*
			
Culoare și mărime	Roșu aprins; de la dimensiuni foarte mici până la 2 cm	Albăstrui. Dimensiune variabilă, de la foarte mici până la câțiva cm	Roșu aprins sau rubiniu; pot deveni maronii la înaintarea în vârstă. 1-3 mm
Formă	Porțiunea centrală, uneori elevată, înconjurată de eritem și elemente radiare	Variabilă. Pot semăna cu un păianjen sau pot fi liniare, neregulate, în cascadă	Rotund, turtit sau supradenivelat; poate fi înconjurat de un halou palid
Caracterul pulsatil și efectul presiunii	Adesea observat în centrul angiomului, după aplicarea presiunii cu ajutorul unei lamele de sticlă. Comprimarea zonei centrale determină albirea angiomului.	Absent. Comprimarea zonei centrale nu determină albirea, însă presiunea difuză produce albirea venelor.	Absent. Se poate albi parțial, în special dacă presiunea este aplicată cu ajutorul unui ac cu gămălie.
Distribuție	La nivelul feței, gâtului, brațelor și porțiunii superioare a trunchiului; aproape niciodată sub nivelul taliei	Cel mai frecvent la nivelul picioarelor, în apropierea venelor; pot apărea și pe toracele anterior	La nivelul trunchiului, dar și al extremităților
Semnificație	Afectare hepatică, sarcină, hipovitaminoză B; pot apărea și la persoanele sănătoase	Însoțesc adesea creșterile presionale din sistemul venos superficial, de exemplu în venele varicoase	Nici una; cresc în dimensiune și număr odată cu vârsta

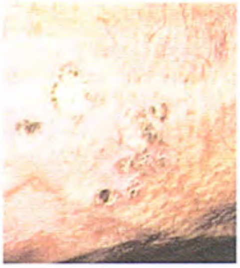
Leziuni purpurice

	Peteșie/ purpură	*Echimoză*
		
Culoare și mărime	Roșu închis sau roșu violaceu, care se decolorează în evoluție. Peteșia: 1-3 mm; Purpura: dimensiune mai mare	Violacee sau violet-albăstruie, iar în evoluție trece prin nuanțe intermediare de verde, galben și brun. Mărime variabilă, mai mare decât peteșia, >3 mm
Formă	Rotunjită, uneori neregulată; plană	Rotunjită, ovală sau neregulată; poate prezenta un nodul subcutanat central (un hematom)
Caracterul pulsatil și efectul presiunii	Absent. Aplicarea presiunii nu este însoțită de nici un efect	Absent. Aplicarea presiunii nu este însoțită de nici un efect
Distribuție	Variabilă	Variabilă
Semnificație	Prezența sângelui în afara vaselor sanguine; poate sugera o tulburare de coagulare sau, dacă este vorba despre peteșii, embolie la nivel cutanat; purpura este palpabilă în *vasculită*	Prezența sângelui în afara vaselor sanguine; adesea sunt rezultatul unor traumatisme; sunt observate și în tulburările de coagulare

*Acestea sunt telangiectazii, sau vase sanguine mici dilatate cu aspect roșiatic sau albăstrui.

(Sursa fotografiilor: Angiomul stelat – Marks R. Skin Disease in Old Age. Philadelphia, JB Lippincott, 1987; Peteșia/purpura – Kelley WN. Textbook of Internal Medicine. Philadelphia, JB Lippincott, 1989.)

Tumori cutanate

Cheratoza actinică

Are aspectul unor papule superficiale, turtite, acoperite de cruste uscate. Adeseori multiple; pot fi rotunde sau neregulate; de culoare roz, brun sau cenușiu. Apar pe zonele fotoexpuse la persoanele vârstnice, cu fototipuri deschise. Deși benigne, una dintr-o mie se transformă anual în carcinom spinocelular (transformarea este sugerată de creșterea rapidă, caracterul indurat, eritemul de la baza leziunii și ulcerarea). În imagine sunt redate cheratoze cu localizare tipică la nivelul feței și mâinilor.




Cheratoza seboreică

Leziuni benigne de culoare galben-brun, supradenivelate, frecvent întâlnite, care la palpare oferă senzația de onctuos, catifelat sau verucos și par a fi „lipite pe suprafața tegumentului". De obicei sunt multiple și distribuite simetric pe trunchi la persoanele vârstnice, dar pot apărea și la nivelul feței sau în alte regiuni. La pacienții de culoare, mai ales la femeile tinere, pot avea aspectul unor papule mici, intens pigmentate, localizate la nivelul obrajilor și tâmplelor (dermatosis papulosa nigra).



Carcinomul bazocelular

Deși este o tumoră malignă, carcinomul bazocelular are creștere lentă și rareori metastazează. Apare mai ales la adulții cu fototipuri deschise și vârste ≥40 de ani, de obicei la nivelul feței. Inițial are aspectul unui nodul translucid care se dezvoltă, centrul său devine deprimat iar marginea fermă, supradenivelată. Frecvent pe suprafața sa sunt vizibile vase telangiectatice.



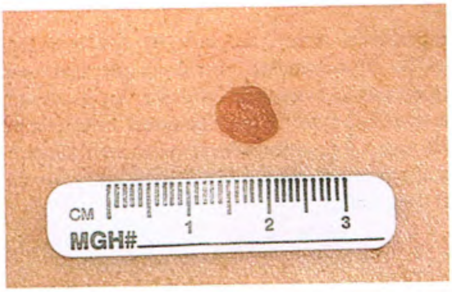

Carcinomul spinocelular

De obicei apare pe zonele fotoexpuse ale adulților cu fototipuri deschise și vârste ≥60 de ani. Se poate dezvolta pe o cheratoză actinică preexistentă. De regulă crește mai rapid decât carcinomul bazocelular, este mai ferm și eritematos. După cum reiese din imagine, fața și suprafața dorsală a mâinilor sunt regiunile cel mai frecvent afectate.

(Sursa fotografiilor: *Carcinomul bazocelular* – Rapini R. *Carcinomul spinocelular, Cheratoza actinică, Cheratoza seboreică* – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.)

PLANȘA 6-10

Formațiuni cutanate pigmentare benigne și maligne



Nevul pigmentar

Nevii pigmentari, cunoscuţi sub denumirea populară de aluniţe, apar de obicei în primele câteva decade de viaţă. Mai mulţi nevi pot apărea simultan, însă aspectul lor rămâne de obicei neschimbat. Reţineţi următoarele caracteristici, tipice pentru nevii pigmentari, şi care sunt în contrast cu cele ale nevilor atipici sau ale melanomului:

- Formă rotundă sau ovală
- Margini bine definite
- Coloraţie uniformă, în general în nuanţe de maro
- Diametru <6 mm
- Pot fi netezi sau supradenivelaţi

Modificarea acestor trăsături ridică suspiciunea de *nevi atipici (displazici)*, sau de melanom. Nevii atipici au culoare variabilă, cel mai frecvent culoare neagră, dimensiune mai mare de 6 mm şi margini neregulate care se pierd în tegumentul înconjurător. Nevii atipici trebuie căutaţi în principal la nivelul trunchiului. Numărul lor poate depăşi 50 sau 100.



A

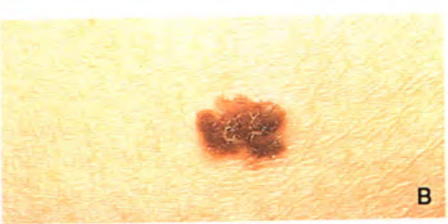
Melanomul malign

Învăţaţi metoda **ABCD** cu ajutorul acestor fotografii ale Societăţii Americane de Oncologie care prezintă imagini de referinţă ale melanomului:

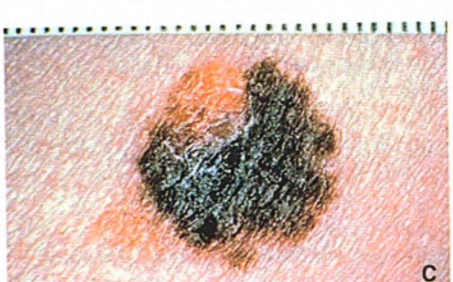
- ***Asimetria*** (Fig. A)
- ***Bordura*** (marginea) neregulată, în special aspectul zimţat (Fig. B)
- ***Culoarea*** variabilă, în special amestecul de nuanţe de negru, albastru şi roşu (Fig. B şi C)
- ***Diametrul*** >6 mm (Fig. C)

Evaluaţi prezenţa *factorilor de risc pentru melanom*: expunerea crescută la soare pe toată durata anului, istoric de arsuri solare cu formare de vezicule în copilărie, tegumentul de culoare deschisă susceptibil la arsuri solare şi apariţia efelidelor (mai ales la persoanele cu păr blond sau roşcat), istoricul familial de melanom, şi prezenţa de nevi modificaţi sau atipici, în special la un pacient cu vârsta >50 de ani. Nevii pot prezenta următoarele modificări: tumefacţie nou apărută, eritem care depăşeşte marginea nevului, cruste, exsudat, sângerare, prurit, senzaţie de arsură sau durere.

În cazul pacienţilor cu tegument de culoare închisă căutaţi melanomul în regiunea subunghială, la nivelul mâinilor sau plantelor.



B



C

(Sursa: prin amabilitatea Societăţii Americane de Oncologie şi a Academiei Americane de Dermatologie)

PLANȘA 6-11

Leziuni cutanate și contextul în care apar

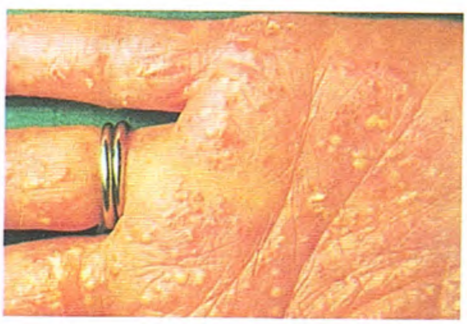
Această planșă prezintă diverse leziuni cutanate primare și secundare. Încercați să le identificați, inclusiv pe cele indicate cu ajutorul literelor, înainte de a citi explicațiile însoțitoare.



Macule pe fața dorsală a mâinii, încheieturii și antebrațului (*lentigine senile* [*actinice sau solare*])



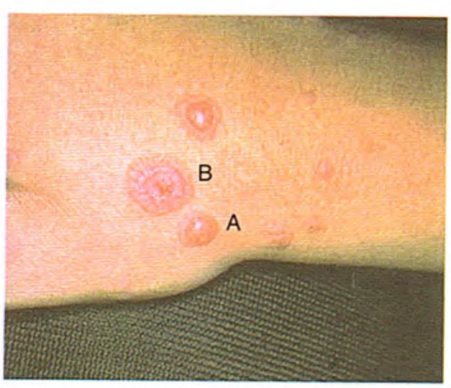
Papule și pustule (în foliculita cu *Pseudomonas*)



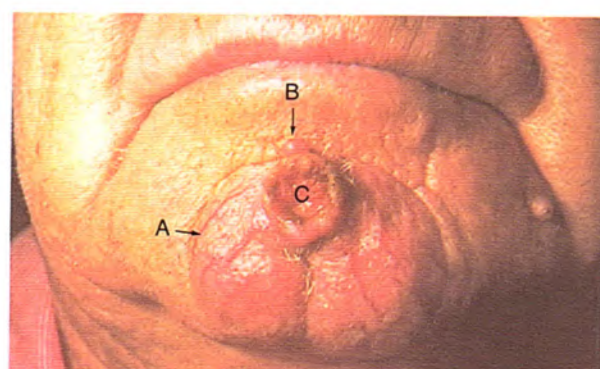
Pustule la nivelul palmei (*psoriazis pustulos*)



Vezicule (*varicelă*)



(A) Bulă, (B) leziune în țintă (sau în iris) (în *eritemul polimorf*)

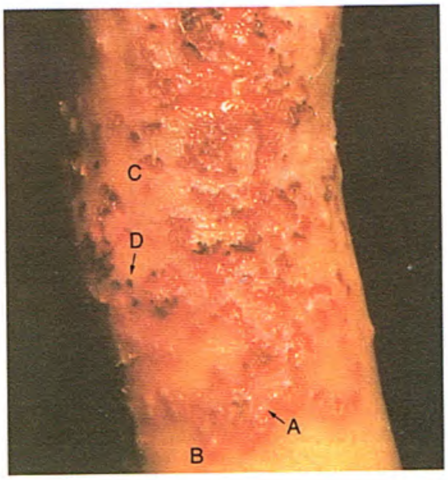


(A) Telangiectazie, (B) nodul, (C) ulcerație (în *carcinomul scuamocelular*)

(planșa se continuă la pagina 188)

PLANȘA 6-11

Leziuni cutanate și contextul în care apar (continuare)



(A) Veziculă, (B) Pustulă, (C) Eroziune, (D) Crustă, în fosa poplitee (în *dermatita atopică suprainfectată*)



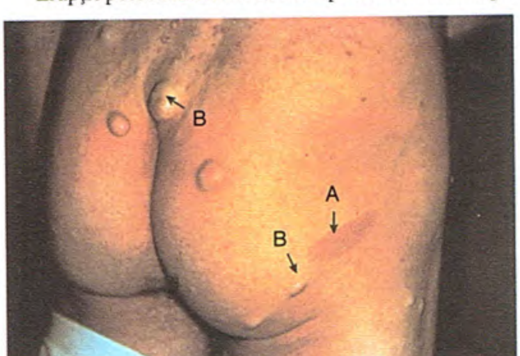
(A) Excoriație, (B) Lichenificare la nivelul gambei (în *dermatita atopică*)



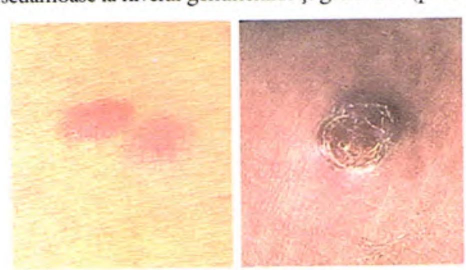
Erupție postmedicamentoasă de tip *urticarie* la un sugar



Plăci scuamoase la nivelul genunchilor și gambelor (*psoriazis*)



(A) Pete (pete café-au-lait), (B) Noduli – asociere tipică pentru neurofibromatoză



Sarcom Kaposi în SIDA: această tumoră malignă poate avea mai multe aspecte: macule, papule, plăci sau noduli care pot apărea aproape în orice parte a corpului. Leziunile sunt adesea multiple și pot afecta organele interne. Stânga: Plăci ovalare, de culoare roz-roșie, cu dezvoltare tipică de-a lungul liniilor de forță cutanate, ce pot deveni pigmentate. Dreapta: un nodul roșu violaceu localizat la nivelul piciorului.

(Sursa fotografiilor: Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; *Sarcom Kaposi în SIDA* – DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA [eds]: AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. Philadelphia, JB Lippincott, 1985; *Psoriazis, Papule și Vezicule [varicelă]* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.)

PLANȘA

6-12 Diverse afecțiuni și manifestările cutanate asociate

Boala Addison	Hiperpigmentare cutaneo-mucoasă
SIDA	*Leucoplazie păroasă, sarcom Kaposi,* infecție cu herpes simplex (HSV), papilomavirus uman (HPV), citomegalovirus (CMV), molluscum contagiosum, infecții cutanate cu micobacterii, candidoză și alte micoze cutanate, carcinom spinocelular oral și anal, ihtioză dobândită, abcese bacteriene, *psoriazis* (adesea sever), eritrodermie, dermatită seboreică (adesea severă)
Afectare renală cronică	Paloare, xeroză, prurit, hiperpigmentare, depozite uremice cutanate, calcificări metastatice cutanate, calcifilaxie, unghia jumătate albă - jumătate normală, modificări cutanate legate de hemodializă
Sindrom CREST	Calcinoză, fenomen Raynaud, sclerodactilie, *telangiectazii*
Boala Crohn	Eritem nodos, pyoderma gangrenosum, fistule entero-cutanate, ulcere aftoase
Boala Cushing	Vergeturi, atrofie cutanată, purpură, echimoze, telangiectazii, acnee, facies „în lună plină", ceafă de bizon, hipertricoză
Dermatomiozită	Eritem în fluture, papulele Gottron, telangiectazii periunghiale, alopecie, poikilodermie în ariile fotoexpuse, fenomen Raynaud
Diabet	Necrobioza lipoidică, dermopatie diabetică, bullosis diabeticorum, granulom inelar, acanthosis nigricans, candidoză, ulcere neuropatice, xantoame eruptive, vasculopatie periferică
Coagulare intravasculară diseminată	Necroză cutanată, peteșii, echimoze, bule hemoragice, purpura fulminans
Dislipidemie	Xantoame (la nivelul tendoanelor, eruptive și tuberoase), xantelasmă (poate apărea și la persoane sănătoase)
Gonococemie	Leziuni cutanate care variază de la macule eritematoase până la pustule hemoragice; leziuni acrale la nivelul palmelor și plantelor
Hemocromatoză	Tegumente cu nuanță închisă și hiperpigmentări
Hipotiroidism	Tegumente uscate, aspre și palide; păr aspru și tern; mixedem; alopecie (de la varianta care afectează treimea externă a sprâncenelor până la cea difuză); tegumente reci; unghii subțiri și friabile
Hipertiroidism	Tegumente calde, umede, catifelate și moi; păr subțire și fin; alopecie; vitiligo; mixedem pretibial (în boala Graves); hiperpigmentare (localizată sau generalizată)
Endocardită infecțioasă	Leziuni Janeway, noduli Osler, hemoragii în așchie, peteșii
Boala Kawasaki	Eritem al mucoaselor (afectează buzele, limba și faringele), limbă cu aspect de căpșună, buze de culoare roșu aprins, erupție polimorfă (în principal la nivelul trunchiului), eritem palmo-plantar cu descuamare ulterioară a vârfurilor degetelor
Afectare hepatică	*Icter, angioame stelate* și alte tipuri de telangiectazii, eritem palmar, *unghii Terry*, prurit, purpură, aspectul de "cap de meduză"
Leucemie/limfoame	Paloare, eritrodermie cu descuamare, noduli, *peteșii*, echimoze, prurit, vasculită, pyoderma gangrenosum, maladii buloase
Meningococemie	Macule și papule roz, peteșii, *peteșii* hemoragice, bule hemoragice, purpura fulminans
Neurofibromatoza tip I (sindrom von Recklinghausen)	*Neurofibroame,* pete café-au-lait, lentiginoză axilară și inghinală, neurofibroame plexiforme

(planșa se continuă la pagina 190)

Diverse afecţiuni şi manifestările cutanate asociate (continuare)

Pancreatită (hemoragică)	Semnul Grey Turner, semnul Cullen, paniculită
Carcinom pancreatic	Paniculită, tromboflebită migratorie
Boală vasculară periferică	Tegument uscat, cu scuame, atrofic şi lucios; unghiile de la picioare cu aspect distrofic şi friabile; tegumente reci; dispariţia pilozităţii la nivelul gambelor; ulcere; paloare; cianoză; cangrenă
Graviditate (modificări fiziologice)	Melasma, hiperpigmentarea areolelor mamare, linea nigra, eritem palmar, vene varicoase, vergeturi, *angioame stelate*, hirsutism, granulom piogen
Sindrom Reiter	Leziuni cutaneo-mucoase psoriaziforme, cheratodermie blenoragică, balanită circinată
Artrită reumatoidă	Vasculită, *fenomen Raynaud*, noduli reumatoizi, pyoderma gangrenosum, papule reumatoide, erupţii eritematoase
Febra pătată a munţilor Stâncoşi	Erupţie eritematoasă cu debut la nivelul încheieturilor mâinilor şi gleznelor, şi diseminare la nivelul palmelor şi plantelor; pe măsură ce se generalizează, leziunile devin mai purpurice
Sclerodermie	Tegumente îngroşate, întinse şi lucioase; ulceraţii şi cicatrici punctiforme la nivelul pulpei degetelor; sclerodactilie; telangiectazii; fenomen Raynaud
Siclemie	Icter, *ulcere ale gambei* (maleolare), paloare
Sifilis	*1°* *Şancru* (nedureros) (vezi pag. 516) *2°:* Erupţie ("marele mim") – erupţie generalizată maculopapulară ce implică palmele şi plantele, cu elemente de culoare variabilă de la roz la nuanţe de maro, pustule, condyloma lata, alopecie ("în luminiş"), plăci albicioase la nivelul mucoasei orale şi genitale *3°:* Gome sifilitice, granuloame
Lupus eritematos sistemic	Fotosensibilitate, eritem malar (în fluture), erupţie discoidă, alopecie, vasculită, ulceraţii orale, fenomen Raynaud
Purpură trombocitopenică	*Peteşii, echimoze*
Scleroză tuberoasă	Adenoame sebacee (angiofibroame), macule hipopigmentate în "frunză de arţar", pata şagrin, fibroame periunghiale
Rectocolită ulcerohemoragică	*Eritem nodos*, pyoderma gangrenosum
Exanteme virale	
Coxsackie A (boala mână-picior-gură)	Ulceraţii orale; macule, papule şi vezicule la nivelul mâinilor, picioarelor şi feselor
Eritemul infecţios (boala a V-a)	Eritem al obrajilor (aspectul de "obraji pălmuiţi") urmat de apariţia unei erupţii eritematoase, pruriginoase, cu aspect reticulat (de reţea) ce debutează la nivelul trunchiului şi extremităţilor proximale (erupţia este agravată de expunerea la soare, febră şi variaţiile de temperatură)
Roseola infantum (HSV 6)	Erupţie maculopapulară eritematoasă, discretă (frecvent însoţită de febră) care debutează la nivelul capului, de unde se extinde la trunchi şi extremităţi, peteşii la nivelul palatului moale
Rubeola (pojărelul)	Erupţie maculopapulară eritematoasă, discretă (frecvent însoţită de febră) care debutează la nivelul capului, de unde se extinde la trunchi şi extremităţi, peteşii la nivelul palatului moale
Rujeola (pojarul)	Erupţie maculopapulară eritematoasă care debutează la nivelul capului de unde se extinde la trunchi şi extremităţi (la nivelul feţei şi trunchiului leziunile confluează, dar cele de pe extremităţi au aspect discret), semnul Koplik la nivelul mucoasei jugale
Varicela (vărsatul de vânt)	Erupţie veziculoasă pruriginoasă generalizată (vezicule situate pe o bază eritematoasă, "strop de rouă pe o petală de trandafir") care debutează la nivelul trunchiului de unde se extinde către periferie, cu leziuni care apar în valuri şi se află în stadii diferite de vindecare
Herpes zoster (zona zoster)	Erupţie veziculoasă pruriginoasă (vezicule situate pe o bază eritematoasă) cu distribuţie dermatomerică

PLANŞA 6-13

Escarele de decubit

Escarele (ulcerele) de *decubit* (de presiune) se dezvoltă de obicei în dreptul reperelor osoase proeminente supuse unor presiuni continue care au ca rezultat modificări ischemice la nivelul ţesuturilor subiacente. Profilaxia este importantă: inspectaţi cu atenţie tegumentul şi căutaţi *semnele incipiente prevestitoare*, cum ar fi *eritemul care se albeşte la vitropresiune*, mai ales la pacienţii cu factori de risc.

Cel mai des, escarele de decubit apar în dreptul osului sacru, tuberozităţilor ischiadice, trohanterelor mari şi călcâielor. Mai jos este ilustrat sistemul de stadializare a escarelor folosit în mod uzual, bazat pe profunzimea distrugerilor tisulare. Observaţi că ţesutul necrotic trebuie debridat înainte de stadializarea ulcerelor. Escarele nu parcurg în mod obligatoriu toate cele patru stadii descrise.

Inspectaţi escarele căutând semne de infecţie (secreţie purulentă, miros, celulită sau necroză). Febra, frisoanele şi durerea sugerează asocierea **osteomielitei** subiacente. Evaluaţi starea generală a pacientului, inclusiv *afecţiunile comorbide*, precum boli vasculare, diabet, deficite imune, colagenoze, neoplazii, tulburări psihotice sau depresive; starea de nutriţie; durerea şi nivelul de analgezie necesar; riscul de recidivă; factori psihosociali, cum sunt capacitatea de a învăţa, sprijinul social, stilul de viaţă; dovezile de polipragmazie, tratament medicamentos exagerat, sau abuzul de alcool, tutun sau droguri ilegale.

Factori de risc pentru apariţia escarelor de decubit

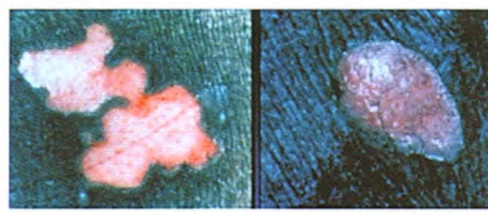
- Scăderea mobilităţii, mai ales dacă este însoţită de creşterea presiunii locale sau mişcări care generează frecare sau forţe de forfecare
- Scăderea sensibilităţii cauzată de leziuni cerebrale, medulare sau neuropatii periferice
- Reducerea fluxului sanguin cauzată de hipotensiune sau afectarea microcirculaţiei din diabet sau ateroscleroză
- Incontinenţă fecală sau urinară
- Prezenţa fracturilor
- Stare de malnutriţie sau hipoalbuminemie

Stadiul I



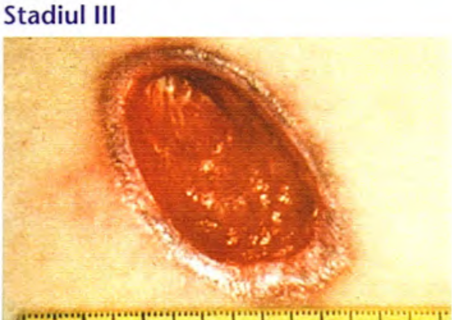
Tegumentele sunt încă intacte, dar presiunea determină modificări locale de temperatură (scăzută sau crescută), consistenţă (fermă sau împăstată), sensibilitate (durere sau prurit), sau culoare (roşu, albastru sau violet pentru tegumentul de culoare închisă; roşu pentru tegumentul de culoare deschisă)

Stadiul II



Leziuni cutanate cu pierdere de substanţă care poate implica epidermul, dermul, sau ambele

Stadiul III



Leziuni cutanate cu pierdere de substanţă pe toată grosimea tegumentului, cu lezarea sau necroza ţesutului subcutanat care se poate extinde până la ţesutul muscular subiacent, fără a-l implica

Stadiul IV



Leziuni cutanate cu pierdere de substanţă pe toată grosimea tegumentului, cu distrucţie, necroză sau lezare tisulară care afectează şi ţesutul muscular şi osos subiacent sau structurile de susţinere

(Sursa: National Pressure Ulcer Advisory Panel, Reston, VA)

Căderea părului

Alopecia areata

Caracterizată prin placarde alopecice rotunde sau ovale, bine demarcate, care apar de obicei la copii şi adulţii tineri. Nu există descuamare sau inflamaţie vizibilă.





Tricotilomania

Pierderea părului produsă prin tracţionarea, smulgerea sau răsucirea firelor. Firele de păr sunt rupte şi au lungimi variabile. Este mai frecventă la copii, în condiţii de stres familial sau psihosocial.





Tinea capitis (tricofiţia scalpului)

Placarde alopecice rotunde scuamoase. Firele de păr sunt rupte aproape de suprafaţa scalpului. Agentul etiologic cel mai frecvent este *tinea tonsurans.* Mimează dermatita seboreică.





(Sursa fotografiilor: *Alopecia areata* [stânga], *Tricotilomania* [sus] – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; *Alopecia areata* [jos], *Tinea capitis* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders: Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003; *Tricotilomania* [jos] – Ostler HB, Mailbach HI, Hoke AW, Schwab IR. Diseases of the Eye and Skin: A Color Atlas. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.)

Modificări unghiale sau periunghiale



Paronichia

Infecţie superficială a repliurilor unghiale proximal şi lateral, în imediata vecinătate a lamei unghiale. Repliurile unghiale sunt adesea roşii, tumefiate şi sensibile. Este cea mai frecventă infecţie a mâinii, produsă de obicei de *Staphylococcus aureus* sau tulpini *streptococice*, şi se poate extinde până când înconjoară complet lama unghială. Poate duce la apariţia unui panariţiu dacă se extinde la pulpa degetului. Este cauzată de un traumatism local prin muşcarea unghiilor, efectuarea manichiurii, sau imersia frecventă a mâinii în apă.



Hipocratismul digital

Se prezintă clinic sub forma unei tumefacţii a ţesutului moale de la baza unghiilor, cu pierderea unghiului normal dintre unghie şi repliul unghial proximal. Unghiul devine mai mare sau egal cu 180°, iar patul unghial capătă o consistenţă spongioasă. Mecanismul este încă necunoscut, dar implică vasodilataţie cu creşterea fluxului sanguin către porţiunile distale ale degetelor şi modificări la nivelul ţesutului conjunctiv posibil datorate hipoxiei, modificări ale inervaţiei, factori genetici, sau un factor de creştere derivat plachetar provenit din fragmentele agregatelor plachetare. Poate fi observat în boli cardiace congenitale, boli pulmonare interstiţiale şi neoplasm pulmonar, boli inflamatorii intestinale şi neoplazii.[19]



Onicoliza

Reprezintă dezlipirea nedureroasă a lamei unghiale albe opacifiate de patul unghial translucid de culoare roz. Debutează în regiunea unghială distală şi progresează proximal, ducând la creşterea marginii libere a unghiei. Cauzele locale includ traumatismele rezultate din manichiura exagerată, psoriazisul, infecţiile fungice şi reacţiile alergice la cosmetice destinate îngrijirii unghiilor. Cauzele sistemice includ diabetul, anemia, reacţiile de fotosensibilitate medicamentoasă, hipertiroidismul, ischemia periferică, bronşiectaziile şi sifilisul.



Unghiile Terry

Lama unghială devine albă, cu aspect de geam mat, cu o bandă distală de culoare roşu-maronie şi ştergerea lunulei. De obicei sunt afectate toate unghiile, deşi este posibilă şi implicarea unui singur deget. Aceste modificări sunt observate în afecţiunile hepatice, de obicei în ciroză, insuficienţa cardiacă congestivă şi diabet. Pot apărea ca urmare a hipovascularizaţiei şi creşterii cantităţii de ţesut conjunctiv la nivelul patului unghial.

(planşa se continuă la pagina 194)

Modificări unghiale sau periunghiale (continuare)



Petele albe *(leuconichia punctiformă sau transversală)*

Traumatizarea unghiilor este urmată de apariţia unor pete albe cu caracter neuniform care dispar lent, odată cu creşterea unghiei. Dispunerea transversală a petelor albe din imagine este tipică pentru modificările produse de manichiura excesivă. Curbele din imagine sunt asemănătoare cu cele descrise de cuticulă şi repliul unghial proximal.



Benzile albe transversale *(liniile Mees)*

Aceste benzi albe curbate transversale traversează unghia pe o direcţie paralelă cu lunula. Au originea la nivelul matricei afectate a regiunii unghiale proximale, prezintă lăţime variabilă şi se deplasează spre partea distală pe măsură ce unghia creşte. Apar în intoxicaţia cu arsenic, insuficienţa cardiacă, boala Hodgkin, chimioterapie, intoxicaţia cu monoxid de carbon şi lepră.[20]



Şanţurile transversale *(liniile Beau)*

Şanţurile transversale de la nivelul unghiilor, de obicei bilaterale, sunt consecinţa întreruperii temporare a creşterii proximale a unghiei ca urmare a unor boli sistemice. Ca şi în cazul liniilor Mees, durata bolii poate fi estimată prin măsurarea distanţei dintre linia Beau şi patul unghial (unghiile cresc cu aproximativ 1 mm într-un interval de 6-10 zile). Apar în afecţiuni severe, traumatisme, şi expunerea la temperaturi scăzute în condiţiile existenţei fenomenului Raynaud.[20,21]



Depresiunile punctiforme (pitting)

Depresiunile punctiforme de la nivelul lamei unghiale sunt determinate de sinteza defectuoasă a stratului superficial unghial de către matricea unghială proximală. De obicei se asociază cu psoriazisul, însă pot fi observate şi în sindromul Reiter, sarcoidoză, alopecia areata şi dermatita atopică localizată sau dermatita chimică.[20]

(Sursa fotografiilor: *Hipocratismul digital, Paronichia, Onicoliza, Unghiile Terry* – Habif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy, 2nd ed. St Louis, CV Mosby, 1990; *Petele albe, Benzile albe transversale, Depresiunile punctiforme, Liniile Beau* – Sams WM Jr, Lynch PJ. Principles and Practice of Dermatology. New York, Churchill Livingstone, 1990.)

CAPITOLUL

Capul şi gâtul

7

GHID PENTRU NOUL FORMAT AL CAPITOLULUI

Numeroase structuri esenţiale cum ar fi nervii cranieni, simţurile majore (văzul, auzul, mirosul şi gustul) şi multe afecţiuni clinice comune sunt localizate la nivelul capului şi al gâtului. În această ediţie, capitolul de faţă a fost reorganizat ţinând cont de legăturile strânse dintre noţiunile de anatomie, fiziologie şi abilităţile practice necesare în efectuarea examenului fizic.

Deoarece multe simptome de la nivelul capului şi gâtului precum şi strategiile profilactice sunt corelate, secţiunile de Anamneză şi Profilaxie şi consiliere au rămas unificate, ca şi în ediţiile precedente. Pentru aceste două secţiuni, informaţia referitoare la cap, ochi, urechi, nas şi gât este prezentată grupat. Totuşi, pentru a facilita asimilarea, părţile de Anatomie şi Fiziologie sunt acum abordate împreună cu Tehnicile de examinare în secţiunile separate pentru Cap, Ochi, Urechi, Nas, Faringe şi Gât.

PRIVIRE DE ANSAMBLU: NOUL FORMAT AL ACESTUI CAPITOL

- Anamneza
- Profilaxie şi consiliere
- Examenul clinic al capului şi gâtului: anatomia, fiziologia şi tehnicile de examinare sunt abordate împreună în cadrul secţiunilor:

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Cefalee
- Tulburări de vedere: hipermetropie, prezbitism, miopie, scotoame
- Vedere dublă (diplopie)
- Pierderea auzului, otalgie, tinitus
- Vertij
- Sângerare nazală, sau epistaxis
- Dureri faringiene, disfonie
- Tumefacţia glandelor
- Guşă

CAPUL

Cefaleea este unul dintre cele mai frecvente simptome din practica clinică, cu o prevalenţă de 30% pe toata durata vieţii în populaţia generală.[1,2] Migrena este de departe cea mai frecventă cauză de cefalee întâlnită în cabinetul medical, fiind prezentă în 80% din cazuri, cu condiţia unei diagnosticări atente. Cu toate acestea, în orice caz de cefalee este necesară evaluarea pentru afecţiuni potenţial letale, cum sunt meningita, hemoragia subdurală sau intracraniană, sau tumorile. Este important să obţineţi o descriere cât mai completă a cefaleei, care să includă toate cele şapte caracteristici ale durerii (vezi pag. 65). Durerea de cap este unilaterală sau bilaterală? Este severă, cu debut brusc? De intensitate constantă sau pulsatilă? Continuă sau intermitentă (apare şi dispare)?

Vezi Planşa 7-1, Cefaleea primară, pag. 249 şi Planşa 7-2, Cefaleea secundară; Nevralgiile de nervi cranieni pag. 250-251.

În *cefaleea primară* nu se poate identifica o cauză subiacentă. *Cefaleea secundară* survine pe fondul altor afecţiuni – unele dintre ele pot pune viaţa pacientului în pericol.[3]

Căutaţi semne de alarmă care sugerează cauze secundare îngrijorătoare: debut recent (sub 6 luni); debut după vârsta de 50 de ani; debut acut, fulgerător, sau descrisă ca fiind „cea mai rea durere de cap din viaţa mea"; hipertensiune arterială severă; erupţii cutanate sau semne de infecţie; neoplazii, HIV sau sarcină; vărsături; traumatism cranio-cerebral recent; sau deficite neurologice persistente.

Cele mai importante caracteristici ale durerii sunt *severitatea* şi *evoluţia în timp*. Cefaleea este severă şi cu debut brusc? Se intensifică pe parcursul câtorva ore? Are caracter episodic? Este cronică sau recidivantă? Există vreo modificare recentă a caracterului durerii? Durerea apare în aceeaşi perioadă a zilei în fiecare zi?

Dacă cefaleea este severă şi debutează brusc, luaţi în calcul *hemoragia subarahnoidiană* sau *meningita*.

Migrena şi *cefaleea tensională* au caracter episodic şi tendinţa de a ajunge la un maxim în câteva ore. Cefaleea severă nou apărută, cu caracter persistent şi progresiv, ridică suspiciunea de *tumoră*, *abces* sau *leziune înlocuitoare de spaţiu*.

După evaluarea uzuală, constând în întrebări cu final deschis, cereţi pacientului să *indice locul durerii sau al disconfortului.*

Cefaleea unilaterală sugerează *migrenă* şi *cefalee "în ciorchine"*.[1,3] Cefaleea tensională este frecvent localizată în regiunile temporale; cefaleea „în ciorchine" poate fi retroorbitală.

Cereţi detalii referitoare la simptomele asociate, de exemplu greaţa sau vărsăturile.

Greaţa şi vărsăturile se asociază frecvent cu *migrena,* însă pot apărea şi în *tumorile cerebrale* şi în *hemoragia subarahnoidiană.*

Există un prodrom alcătuit din senzaţii neobişnuite, de exemplu euforie, poftă pentru alimente, oboseală sau ameţeli? Pacientul relatează prezenţa unei aure cu simptome neurologice, cum sunt tulburările de vedere, amorţeală sau slăbiciune la nivelul unui braţ sau al unui picior?

Aproximativ 60-70% din pacienţii cu migrenă au un prodrom care anunţă criza; în 20% din cazuri este prezentă aura, care poate include fotofobie, scotoame scintilante sau simptome vizuale şi senzoriale reversibile.

Întrebaţi pacientul dacă tusea, strănutul sau schimbarea poziţiei capului au vreun efect (ameliorare, agravare, sau nici un efect) asupra cefaleei.

Astfel de manevre pot creşte durerea din tumorile cerebrale şi sinuzita acută.

Există istoric de abuz de analgezice, ergotamină sau triptani?

Evaluaţi posibilitatea abuzului de medicamente la pacienţii cu cefalee cronică zilnică care utilizează medicaţie simptomatică mai frecvent de două zile pe săptămână.[1,4]

Investigaţi antecedentele heredo-colaterale.

Istoricul familial poate fi pozitiv la pacienţii cu migrenă.

OCHII

Începeţi anamneza referitoare la ochi şi tulburări de vedere prin întrebări cu final deschis, de genul „Cum staţi cu vederea?" şi „Aţi avut vreo problemă cu ochii?" Dacă pacientul relatează tulburări de vedere, treceţi la întrebări mai detaliate.[5]

- Problema este mai severă când priviţi un obiect apropiat sau unul aflat la distanţă?

Tulburările vederii de aproape sugerează *hipermetropie* sau *prezbitism* (asociat procesului natural de îmbătrânire); iar cele ale vederii la distanţă sugerează *miopie.*

- Vederea este înceţoşată? Dacă da, această schimbare s-a instalat treptat sau brusc? Dacă debutul a fost brusc şi unilateral, pierderea vederii este nedureroasă sau dureroasă?

Dacă pierderea bruscă *unilaterală* a vederii este *nedureroasă*, luaţi în considerare hemoragia la nivelul corpului vitros care apare în diabet sau traumatisme, *degenerarea maculară, dezlipirea de retină, ocluzia venei retinei* sau *ocluzia arterei centrale a retinei.* Dacă aceasta este *dureroasă*, cauza este localizată la nivelul corneei sau al

camerei anterioare a globului ocular, aşa cum se întâmplă în *ulcerele corneene, uveită, hifema traumatică* sau *glaucomul acut*. Şi *nevrita optică* din scleroza multiplă poate fi dureroasă.[6] Trimiterea de urgenţă la specialist poate fi necesară.[7]

- Pierderea bruscă şi bilaterală a vederii este rară.

Dacă pierderea vederii este *bilaterală şi nedureroasă*, poate fi cauzată de medicamente care modifică refracţia, de exemplu colinergicele, anticolinergicele şi steroizii. Dacă aceasta este bilaterală şi dureroasă, luaţi în considerare agenţii chimici sau expunerea la radiaţii.

- Debutul pierderii bilaterale a vederii este treptat?

Apare de obicei în *cataractă* sau în *degenerescenţa maculară*.

- Localizarea pierderii vederii poate fi de asemenea un indiciu util. Înceţoşarea vederii afectează întregul câmp vizual sau doar anumite porţiuni ale acestuia?
- Dacă defectul de câmp vizual este parţial, de ce tip este: central, periferic sau doar de o parte?

Pierdere lentă a vederii centrale în cataracta nucleară (pag. 258), *degenerescenţa maculară*[8] (pag. 267); pierderea vederii periferice în *glaucomul cu unghi deschis* în stadiu avansat (pag. 257); pierdere unilaterală în *hemianopsie* şi *cvadranopsii* (pag. 254)

- Există pete sau zone la nivelul câmpului vizual unde vederea este abolită (*scotoame*)? Dacă da, acestea se mişcă în câmpul vizual odată cu schimbarea direcţiei privirii sau sunt fixe?

Petele sau dungile mobile în câmpul vizual sugerează prezenţa opacităţilor flotante în vitros; defectele fixe (*scotoame*) sugerează leziuni la nivelul retinei sau căilor vizuale.

- Pacientul relatează prezenţa unor lumini fulgerătoare în câmpul vizual? Opacităţile flotante din vitros pot însoţi acest simptom.

Prezenţa de lumini fulgerătoare sau opacităţi flotante vitroase noi sugerează detaşarea corpului vitros de retină. În acest caz este indicat consultul oftalmologic prompt.

- Pacientul poartă ochelari?

Întrebaţi dacă există *durere* oculară sau periorbitală, *eritem* şi *hiperlacrimaţie* (vezi pag. 257).

Verificaţi dacă există *diplopie*, adică vedere dublă. Dacă aceasta este prezentă, aflaţi dacă imaginile sunt una lângă alta (diplopie orizontală) sau una deasupra celeilalte (diplopie verticală). Diplopia persistă atunci când pacientul închide un ochi? Care este ochiul afectat?

Diplopia orizontală poate fi şi fiziologică. Ţineţi un deget ridicat în faţa ochilor, la aproximativ 15 cm distanţă şi un altul la o lungime de braţ. Atunci când vă focalizaţi privirea asupra oricăruia dintre cele două degete, imaginea celuilalt este dublă. Asiguraţi pacientul că acest fenomen este normal.

Diplopia la adulţi poate fi cauzată de leziuni ale trunchiului cerebral sau cerebelului, sau de deficitul motor sau paralizia unuia sau mai multor muşchi extrinseci ai globului ocular, aşa cum se întâmplă în diplopia orizontală din paralizia NC III sau VI, sau în diplopia verticală din paralizia NC III sau IV. Diplopia care afectează un singur ochi, evaluată cu celălalt ochi închis, sugerează probleme la nivelul corneei sau cristalinului.

URECHILE

Începeţi anamneza prin întrebări de tipul „Cum staţi cu auzul?" şi „Aţi avut probleme cu urechile?" În cazul în care pacientul a observat o *pierdere a auzului*, aflaţi cum este aceasta: unilaterală sau bilaterală? A început brusc sau treptat? Care sunt simptomele asociate, dacă acestea există? (vezi pag. 65)

Surditatea poate fi, de asemenea, congenitală, produsă de o mutaţie monogenică.[9]

Încercaţi să diferenţiaţi cele două tipuri principale de tulburări auditive: *surditatea de transmisie (de conducere)*, care este rezultatul afecţiunilor urechii externe sau medii, şi *surditatea neurosenzorială (de percepţie)*, produsă de afecţiuni ale urechii interne, nervului cohlear sau conexiunilor acestuia cu creierul. Două întrebări pot fi utile: Pacientul înţelege cu dificultate ceea ce spun ceilalţi? Cum este influenţat auzul de un mediu înconjurător zgomotos?

Persoanele cu surditate neurosenzorială au de obicei dificultăţi în înţelegerea vorbirii, şi frecvent se plâng că ceilalţi mormăie; mediile zgomotoase agravează tulburarea auditivă. În cazul surdităţii de conducere, mediile zgomotoase pot avea rol de ameliorare.

Simptomele asociate cu pierderea auzului, cum ar fi otalgia sau vertijul, vă ajută să evaluaţi cauzele posibile. În plus, aflaţi dacă pacientul utilizează medicamente care pot afecta auzul şi dacă a suferit expunere îndelungată la zgomote puternice.

Printre medicamentele care afectează auzul se numără aminoglicozidele, aspirina, AINS, chinina, furosemidul şi altele.

Otalgia, sau *durerea de ureche*, este o acuză foarte frecventă. Întrebaţi dacă există semne şi simptome asociate, de exemplu febră, durere faringiană, tuse şi infecţii ale tractului respirator superior.

Durerea sugerează o afectare a urechii externe, cum ar fi *otita externă*, sau, în cazul în care se asociază cu simptome de infecţie respiratorie, o afectare a urechii interne, de exemplu *otita medie*.[10] De asemenea durerea poate fi iradiată de la alte structuri ale cavităţii bucale, faringelui sau gâtului.

Întrebaţi pacientul dacă a avut o *secreţie (scurgere) la nivelul urechii*, mai ales dacă aceasta a fost asociată cu otalgie sau un traumatism.

Cerumenul cu consistenţă neobişnuit de moale, resturile tisulare rezultate din procese inflamatorii sau erupţii cutanate ale conductului auditiv, sau secreţiile de la nivelul unui timpan perforat pot fi consecinţele unei *otite medii acute* sau *cronice*.

Tinitusul este un sunet perceput căruia nu îi corespunde nici un stimul extern, fiind de obicei un sunet cu caracter muzical, un şuierat sau un vâjâit. Acesta poate fi perceput uni- sau bilateral. Tinitusul poate însoţi pierderea auzului şi adesea rămâne neexplicat. Ocazional, pot fi percepute pocnete care îşi au originea în articulaţia temporo-mandibulară, sau zgomote cu origine vasculară de la nivelul vaselor sanguine ale gâtului.

Tinitusul este un simptom comun, a cărui frecvenţă creşte cu vârsta. Când se asociază cu pierderea auzului şi vertij, sugerează *boala Ménière*.

Vertijul este senzaţia subiectivă de rotaţie sau învârtire a propriului corp sau a mediului înconjurător. De obicei sugerează o afectare a urechii interne, leziuni periferice sau centrale ale NC VIII, sau ale nucleilor cerebrali.

Vezi Planşa 7-3, Ameţeala şi vertijul, pag. 252.

Vertijul este o adevărată provocare pentru medic, deoarece semnificaţia cuvântului „ameţit" este foarte diferită de la un pacient la altul. „Vi se întâmplă să vă simţiţi ameţit?" este o întrebare potrivită pentru început, dar pacienţilor le este adesea greu să fie mai exacţi. Întrebaţi pacientul „Vă simţiţi nesigur, ca şi când ar urma să cădeţi sau să leşinaţi?... Sau simţiţi că se învârte camera în jurul dumneavoastră (vertij adevărat)?" Obţineţi relatarea evenimentelor fără a o influenţa în vreun fel. S-ar putea să fie necesar să îi sugeraţi pacientului mai multe formulări. Întrebaţi pacientul dacă se simte tras la nivelul solului sau într-o parte şi dacă ameţeala este legată de o schimbare a poziţiei corpului. Investigaţi asocierea cu transpiraţii reci, înroşirea feţei, greaţă sau vărsături. Verificaţi dacă pacientul ia medicamente care pot contribui la apariţia vertijului.

Nesiguranţa, senzaţia de slăbiciune sau de „genunchi moi" sugerează uneori o etiologie cardiovasculară. Senzaţia că este tras de o forţă exterioară sugerează vertij adevărat determinat de o afecţiune a urechii interne sau de o leziune centrală sau periferică a NC VIII.

NASUL ŞI SINUSURILE PARANAZALE

Rinoreea este scurgerea prin narine a unui lichid de origine nazală şi adesea se asociază cu *congestie nazală*, senzaţia de nas înfundat sau obstrucţie. Aceste simptome sunt frecvent însoţite de strănut, lăcrimare excesivă, dureri faringiene, precum şi prurit ocular, nazal şi faringian.[11]

Cauzele includ infecţiile virale, *rinita alergică* („febra fânului") şi *rinita vasomotorie.* Prezenţa pruritului sugerează etiologia alergică.

Investigaţi evoluţia în timp a bolii. Durează aproximativ o săptămână, în special în perioadele în care guturaiul şi sindroamele asociate sunt frecvente, sau survine sezonier, odată cu răspândirea în aer a polenurilor? Este asociată cu anumite contacte sau condiţii de mediu specifice? Ce tratamente a urmat deja pacientul? Pentru cât timp? Şi cât de bune au fost rezultatele?

Existenţa unei legături între simptomatologie şi anotimp sau contactul cu elemente din mediu sugerează etiologia alergică.[11]

Abuzul de agenţi decongestivi poate agrava simptomele, ducând la apariţia *rinitei medicamentoase.*

Simptomele au apărut după o infecţie a căilor respiratorii superioare (IACRS)? Există durere la aplecarea înainte sau dentalgii maxilare? Febră sau cefalee locală? Sensibilitate la nivelul sinusurilor?

Această asociere evocă *sinuzita bacteriană acută.* Sensibilitatea şi specificitatea au valori maxime pentru simptomele care apar după o IACRS (~90% şi ~80%).[12-14]

Întrebaţi despre folosirea medicamentelor care ar putea induce obstrucţie nazală.

Contraceptivele orale, rezerpina, guanetidina şi alcoolul.

Este congestia nazală unilaterală? Dacă da, poate fi vorba de o altă problemă care necesită un examen obiectiv atent.

Luaţi în considerare o deviaţie de sept nazal, un corp străin, sau o tumoră.

Epistaxisul reprezintă sângerarea nazală. Sângele provine de obicei chiar de la nivel nazal, însă poate avea origine şi în sinusurile paranazale sau nazofaringe. Istoricul bolii este în general suficient de sugestiv. Însă, la pacienţii aflaţi în clinostatism, sau cu sângerare provenită din structurile posterioare, sângele poate pătrunde în faringe, în loc să fie eliminat prin narine. Trebuie să identificaţi meticulos sursa hemoragiei – sângele are origine nazală, a fost expectorat prin tuse, sau eliminat prin vărsătură? Evaluaţi sursa hemoragiei, severitatea acesteia, precum şi simptomele asociate. Atenţie la realizarea diagnosticului diferenţial între epistaxis şi *hemoptizie* sau *hematemeză*, deoarece fiecare dintre ele are etiologie diferită. Este vorba de o problemă recurentă? Pacientul face cu uşurinţă echimoze sau prezintă sângerări în alte părţi ale corpului?

Cauzele locale de epistaxis includ traumatismele (mai ales scărpinatul în nas), inflamaţia, uscăciunea mucoasei nazale
cu formare de cruste, tumorile şi prezenţa de corpi străini.

Coagulopatiile pot contribui la apariţia epistaxisului.

CAVITATEA BUCALĂ, FARINGELE ȘI GÂTUL

Durerea faringiană este o acuză frecventă, asociată de obicei cu simptome respiratorii superioare acute.

Febra, exsudatul faringian și limfadenopatia anterioară, în special în absența tusei, sugerează *faringită streptococică* (pag. 274).[15,16]

Durerea la nivelul limbii poate fi cauzată atât de leziuni locale, cât și de boli sistemice.

Ulcerații aftoase (pag. 234); limbă inflamată, cu suprafață netedă, în deficitele nutriționale (pag. 279).

Sângerarea gingivală este un simptom comun, care apare mai ales cu ocazia periajului dentar. Întrebați pacientul dacă a avut leziuni locale, dar și dacă manifestă tendință de sângerare sau echimoze cu alte localizări.

Gingivoragia este cel mai adesea cauzată de *gingivită* (pag. 277).

Disfonia (voce răgușită) se referă la modificarea calității vocii, de multe ori descrisă ca fiind îngroșată, aspră sau dură. Amplitudinea sunetelor poate fi mai mică decât înainte. De obicei, disfonia este rezultatul afectării laringelui, dar poate fi cauzată și de formațiuni extrinseci care comprimă nervii laringieni. Inițial trebuie excluse cauze precum suprasolicitarea vocii, alergie, fumat sau inhalarea altor substanțe iritante, apoi treceți în revistă orice simptome asociate. Problema este acută sau cronică? Dacă disfonia durează mai mult de 2 săptămâni, se recomandă examinarea vizuală a laringelui prin laringoscopie directă sau indirectă.

Suprasolicitarea vocii (de exemplu ovaționări repetate) și infecțiile acute sunt cauzele cele mai probabile.

Cauzele disfoniei cronice includ fumatul, alergiile, suprasolicitarea vocii, *hipotiroidismul*, infecțiile cronice cum ar fi *tuberculoza*, și *tumorile*.

Întrebați "Ați observat la nivelul gâtului un nodul mărit sau alt tip de umflătură?" deoarece pacienții sunt mai familiarizați cu acești termeni populari decât cu sintagma "*ganglioni limfatici*."

Tumefacția dureroasă a ganglionilor limfatici însoțește de obicei *faringita*.

Evaluați funcția tiroidiană și orice semne care ar sugera o tiroidă mărită, sau *gușa*. Pentru funcția tiroidiană, întrebați pacientul dacă manifestă *intoleranță termică* și *transpirații*. Puteți începe cu întrebări ca "Preferați vremea caldă sau cea rece?" „Vă îmbrăcați mai gros sau mai subțire comparativ cu alte persoane?" „În legătură cu păturile ... folosiți mai multe sau mai puține decât ceilalți membri ai familiei?" „Transpirați mai mult sau mai puțin decât alții?" „Ați remarcat apariția recentă de palpitații sau variații ponderale?" Rețineți că pe măsură ce oamenii îmbătrânesc transpiră mai puțin, au o toleranță mai scăzută la frig, și tind să prefere mediile mai călduroase.

La pacienții cu *gușă*, funcția tiroidiană poate fi crescută, scăzută, sau normală.

Intoleranța la frig, preferința pentru haine groase și mai multe pături și reducerea sudorației sugerează *hipotiroidism*; simptomele contrarii, palpitațiile și scăderea ponderală involuntară sugerează *hipertiroidism* (pag. 281).

PROFILAXIE ȘI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Tulburări de vedere: cataractă, degenerescență maculară, glaucom
- Pierderea auzului
- Sănătatea orală

Vederea şi auzul, simţurile esenţiale pentru a experimenta lumea din jurul nostru, sunt două domenii deosebit de importante în profilaxie şi consiliere. Sănătatea orală, adesea trecută cu vederea, merită de asemenea atenţia clinicienilor.

Tulburările de vedere. Tulburările de vedere se modifică odată cu vârsta. Adulţii tineri sănătoşi suferă în general de tulburări de refracţie. Până la 25% din adulţii cu vârsta peste 65 de ani prezintă defecte de refracţie; însă cataracta, degenerescenţa maculară, glaucomul devin tot mai frecvente.[17] Aceste afecţiuni reduc gradul de conştientizare a mediului social şi fizic şi contribuie la producerea căderilor accidentale şi a traumatismelor. Pentru a îmbunătăţi detectarea defectelor vizuale, testaţi acuitatea vizuală cu ajutorul optotipului Snellen sau cu un cartonaş de buzunar (pag. 211). Examinaţi cristalinul şi fundul de ochi pentru a depista opacifierea cristalinului (*cataracta*); aspectul pătat al *maculei*; variaţiile de pigmentare retiniană; hemoragia sau exsudatul subretinian (*degenerescenţa maculară*); şi modificările de dimensiune şi culoare ale papilei optice (*glaucom*). După stabilirea diagnosticului treceţi în revistă tratamentele eficiente – lentile corectoare, chirurgia cataractei, fotocoagularea pentru neovascularizaţia coroidiană din degenerescenţa maculară, şi medicaţia topică pentru glaucom.

Monitorizarea factorilor de risc pentru glaucomul primar cu unghi deschis (GPUD) prezintă o importanţă aparte; totuşi, în 2005, US Preventive Services Task Force nu a identificat suficiente dovezi în sprijinul screeningului general, din cauza complexităţii diagnosticului şi a tratamentului.[18] Glaucomul este cauza principală de cecitate în populaţia afro-americană şi a doua cauză de cecitate în populaţia generală. Aproximativ 2,5 milioane de americani sunt afectaţi, dintre aceştia mai mult de jumătate nefiind conştienţi de prezenţa bolii. În GPUD pierderea vederii survine treptat, ca urmare a distrugerii progresive a axonilor celulelor ganglionare retiniene, iniţial afectând câmpul vizual periferic, cu paloare şi creşterea dimensiunii excavaţiei, care devine mai mare decât jumătate din diametrul papilei optice. Cecitatea apare la 5% dintre cei afectaţi de boală. Factorii de risc includ vârsta de peste 65 de ani, istoricul familial pozitiv, originea afro-americană, diabetul, miopia şi hipertensiunea intraoculară (HTIO ≥21 mmHg). Totuşi, hipertensiunea intraoculară nu este prezentă la toţi pacienţii cu GPUD, motiv pentru care tonometria oculară nu mai este recomandată ca metodă de screening. În plus, la unii dintre pacienţii cu GPUD progresia defectelor de câmp vizual este minimă sau absentă, fiind dificil de prezis în care din cazuri boala va evolua. Gradul de diagnosticare a măririi papilei optice este variabil, chiar între experţi, iar beneficiile tratamentului, care poate determina apariţia cataractei, sunt incerte. Atenţia acordată factorilor de risc şi trimiterea către oftalmolog rămân măsuri importante în practica clinică, însă determinarea tensiunii intraoculare ca metodă de screening are valoare incertă.

Pierderea auzului. Pierderea auzului poate fi, de asemenea, o problemă a vârstnicilor.[19,20] Mai mult de o treime din adulţii de peste 65 de ani prezintă deficite de auz detectabile, care contribuie la izolarea emoţională şi retragerea socială. Aceste modificări pot trece neobservate, deoarece spre deosebire de tulburările de vedere care se testează obligatoriu pentru reînnoirea permisului de conducere, în cazul tulburărilor auditive nu există nici o reglementare pentru testarea pe scară largă a sensibilităţii auditive şi mulţi vârstnici evită utilizarea protezelor auditive. Chestionarele şi otoscoapele portabile sunt utile pentru screening-ul periodic. Alte metode mai puţin sensibile sunt testul "vocii şoptite", al frecării degetelor, sau utilizarea diapazonului. Din grupurile cu risc fac parte cei cu istoric familial de surditate, cu antecedente personale de sifilis, rubeolă, meningită, sau cei expuşi la niveluri înalte de zgomot la locul de muncă sau pe câmpul de luptă.

Sănătatea orală. Clinicienii ar trebui să joace un rol activ în promovarea sănătăţii orale: aproape jumătate din copiii cu vârste cuprinse între 5 şi 17 ani au între una şi opt carii dentare, iar media pentru adulţii din SUA este de 10-17 dinţi cariaţi, pierduţi sau plombaţi.[21] La adulţi, prevalenţa gingivitei şi a bolii parodontale este de 50%, respectiv 80%. În SUA, mai mult de jumătate din adulţii de peste 65 de ani prezintă edentaţie completă! Screeningul eficient începe cu examinarea riguroasă a gurii. Inspectaţi cavitatea orală în căutarea dinţilor cariaţi sau cu mobilitate crescută, a inflamaţiei gingivale şi a semnelor de boală parodontală (sângerare, secreţie purulentă, retragere gingivală şi halenă). Inspectaţi mucoasele, palatul, planşeul cavităţii bucale şi suprafaţele limbii pentru a depista eventuale ulceraţii şi placarde de leucoplazie, acestea fiind semne de alarmă pentru cancerul oral şi infecţia HIV.

În vederea îmbunătăţirii sănătăţii orale, recomandaţi pacienţilor să respecte măsurile de igienă zilnică. Utilizarea pastei de dinţi care conţine fluor reduce formarea cariilor dentare, iar periajul şi folosirea aţei dentare întârzie apariţia bolii parodontale prin eliminarea plăcii bacteriene. Recomandaţi insistent pacienţilor să meargă la stomatolog cel puţin o dată pe an pentru a beneficia de măsuri preventive specializate, cum ar fi detartrajul şi aplicarea de topice conţinând fluor.

Discutaţi de asemenea problemele legate de dietă, fumat şi consumul de alcool, modificările secreţiei salivare în urma administrării anumitor medicamente, precum şi utilizarea corectă a protezelor dentare. Ca şi copiii, adulţii trebuie să evite consumul excesiv de alimente bogate în zaharuri rafinate, cum ar fi zaharoza, care favorizează fixarea şi proliferarea bacteriilor cariogene. Fumatul şi consumul excesiv de alcool trebuie evitate, fiind principalii factori de risc pentru apariţia cancerelor orale.

Saliva curăţă şi lubrifiază cavitatea bucală. Multe medicamente reduc secreţia salivară, şi astfel duc la creşterea riscului de carii dentare, mucozită şi gingivită asociată cu xerostomie, mai ales la vârstnici. La pacienţii care poartă proteze dentare, recomandaţi îndepărtarea şi curăţarea acestora în fiecare seară pentru a reduce placa bacteriană şi riscul de miros neplăcut. Masajul regulat al gingiilor ameliorează durerea şi presiunea exercitată de proteză asupra ţesuturilor moi subiacente.

Tehnici de examinare

Deoarece modificările din regiunile acoperite în mod normal cu păr pot fi ușor trecute cu vederea, întrebați pacientul dacă a observat vreo problemă la nivelul părului sau scalpului. Dacă pacientul poartă perucă sau meșă, cereți acestuia să o îndepărteze.

Examinați:

Părul. Observați cantitatea, distribuția, textura și modelul căderii părului, dacă poate fi identificat vreunul. Este posibil să existe scuame fine determinate de prezența dermatitei seboreice.

Părul fin este prezent în *hipertiroidism;* cel aspru se asociază cu *hipotiroidismul.* Prezența unor mici granule albe, ovoidale care aderă la firul de păr poate semnifica prezența pediculozei (ouă depuse de paraziți - lindini).

Scalpul. Împărțiți părul în mai multe grupuri și căutați scuame, noduli, nevi, sau alte leziuni.

Eritemul și scuamele pot indica *dermatită seboreică* sau *psoriazis;* nodulii moi sugerează *chisturi sebacee;* nevi pigmentari.

Craniul. Observați dimensiunea și forma craniului. Notați orice tip de deformări, subdenivelări, supradenivelări, sau prezența zonelor sensibile. Familiarizați-vă cu neregularitățile craniului normal, în zone cum ar fi cele din vecinătatea liniilor de sutură dintre oasele parietale și occipitale.

Creșterea volumului cranian sugerează *hidrocefalie* sau *boala Paget* osoasă. Sensibilitatea la palpare sau retragerea în timpul examinării sunt frecvente în cazul traumatismelor.

Fața. Observați expresia facială a pacientului și forma feței. Căutați prezența asimetriei, a mișcărilor involuntare, a edemului și formațiunilor tumorale.

Vezi Planșa 7-4, Tipuri de facies (pag. 253).

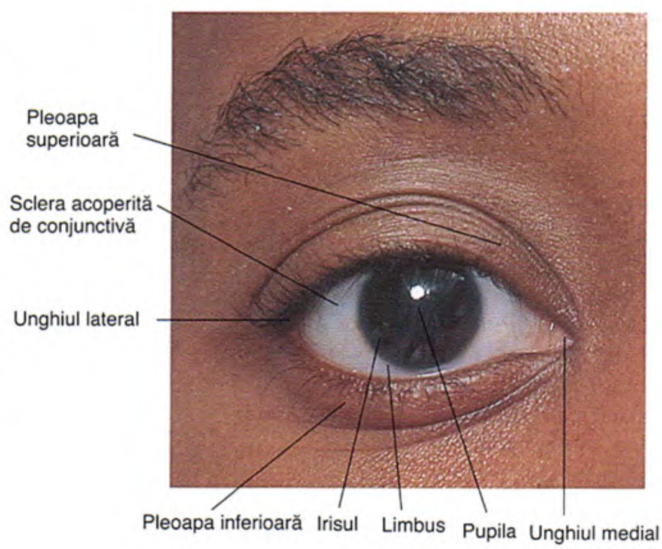
Tegumentul. Inspectați tegumentul, acordând atenție fiecărei caracteristici în parte: culoare, pigmentare, textură, grosime, distribuția părului, precum și orice leziuni.

Acneea este frecventă la adolescenți. *Hirsutismul* (pilozitate facială excesivă) apare la unele femei cu *sindrom de ovar polichistic.*

OCHII

Anatomie și fiziologie

Începeți prin identificarea structurilor ilustrate în figura alăturată. Observați că pleoapa superioară acoperă în mod normal o parte a irisului, dar nu acoperă pupila. Deschiderea cuprinsă între marginile libere ale celor două pleoape se numește *fantă palpebrală.* Sclerotica, de culoare albă în mod normal, poate avea o nuanță de galben deschis către periferie. Nu confundați această colorație cu icterul, care se caracterizează printr-o nuanță mai închisă de galben.



Tehnici de examinare

Deoarece modificările din regiunile acoperite în mod normal cu păr pot fi ușor trecute cu vederea, întrebați pacientul dacă a observat vreo problemă la nivelul părului sau scalpului. Dacă pacientul poartă perucă sau meșă, cereți acestuia să o îndepărteze.

Examinați:

Părul. Observați cantitatea, distribuția, textura și modelul căderii părului, dacă poate fi identificat vreunul. Este posibil să existe scuame fine determinate de prezența dermatitei seboreice.

Părul fin este prezent în *hipertiroidism;* cel aspru se asociază cu *hipotiroidismul.* Prezența unor mici granule albe, ovoidale care aderă la firul de păr poate semnifica prezența pediculozei (ouă depuse de paraziți - lindini).

Scalpul. Împărțiți părul în mai multe grupuri și căutați scuame, noduli, nevi, sau alte leziuni.

Eritemul și scuamele pot indica *dermatită seboreică* sau *psoriazis;* nodulii moi sugerează *chisturi sebacee;* nevi pigmentari.

Craniul. Observați dimensiunea și forma craniului. Notați orice tip de deformări, subdenivelări, supradenivelări, sau prezența zonelor sensibile. Familiarizați-vă cu neregularitățile craniului normal, în zone cum ar fi cele din vecinătatea liniilor de sutură dintre oasele parietale și occipitale.

Creșterea volumului cranian sugerează *hidrocefalie* sau *boala Paget* osoasă. Sensibilitatea la palpare sau retragerea în timpul examinării sunt frecvente în cazul traumatismelor.

Fața. Observați expresia facială a pacientului și forma feței. Căutați prezența asimetriei, a mișcărilor involuntare, a edemului și formațiunilor tumorale.

Vezi Planșa 7-4, Tipuri de facies (pag. 253).

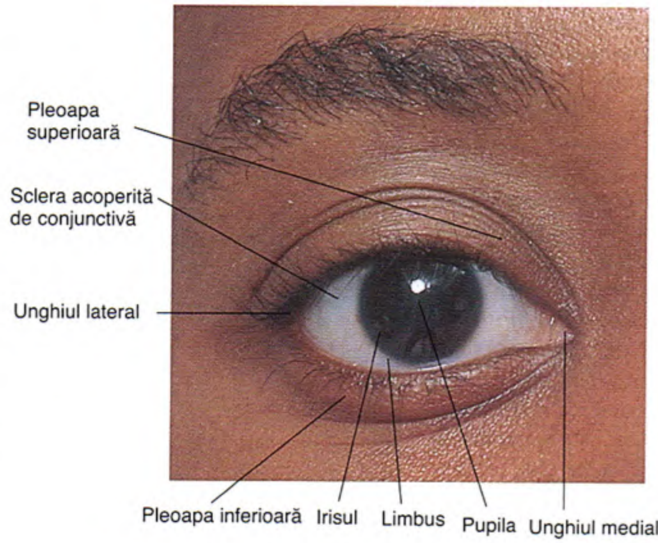
Tegumentul. Inspectați tegumentul, acordând atenție fiecărei caracteristici în parte: culoare, pigmentare, textură, grosime, distribuția părului, precum și orice leziuni.

Acneea este frecventă la adolescenți. *Hirsutismul* (pilozitate facială excesivă) apare la unele femei cu *sindrom de ovar polichistic.*

OCHII

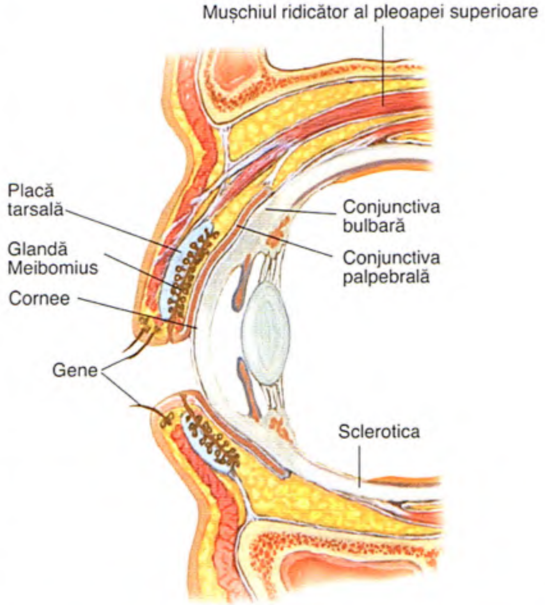
Anatomie și fiziologie

Începeți prin identificarea structurilor ilustrate în figura alăturată. Observați că pleoapa superioară acoperă în mod normal o parte a irisului, dar nu acoperă pupila. Deschiderea cuprinsă între marginile libere ale celor două pleoape se numește *fantă palpebrală*. Sclerotica, de culoare albă în mod normal, poate avea o nuanță de galben deschis către periferie. Nu confundați această colorație cu icterul, care se caracterizează printr-o nuanță mai închisă de galben.



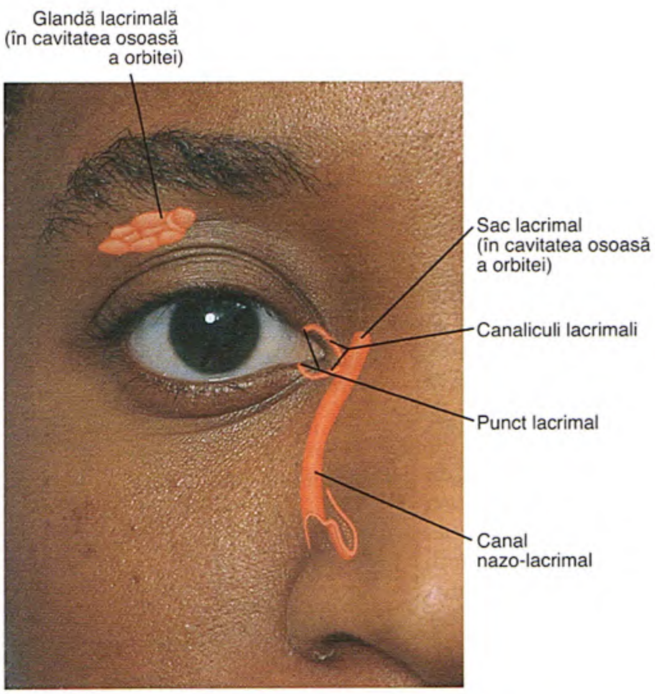
Conjunctiva este o membrană mucoasă transparentă cu două componente uşor de vizualizat. *Conjunctiva bulbară* acoperă cea mai mare parte a polului anterior al globului ocular, aderând uşor la ţesutul subiacent. Zona de trecere dintre conjunctivă şi cornee se numeşte *limbus*. *Conjunctiva palpebrală* căptuşeşte pleoapele. Cele două componente ale conjunctivei se unesc la nivelul fundului de sac oculo-palpebral realizând un pliu care permite mişcarea globului ocular.

În grosimea pleoapelor se găsesc benzi ferme de ţesut conjunctiv care formează *plăcile tarsale (tarsul superior şi tarsul inferior)*. Fiecare dintre ele cuprinde câte un rând paralel de *glande tarsale (palpebrale, sau ale lui Meibomius)* care se deschid la nivelul marginii libere a pleoapei. *Ridicătorul pleoapei*, muşchiul a cărui contracţie ridică pleoapa superioară, este inervat de nervul oculomotor (NC III). Musculatura netedă, inervată de fibre nervoase simpatice, contribuie de asemenea la ridicarea pleoapei.



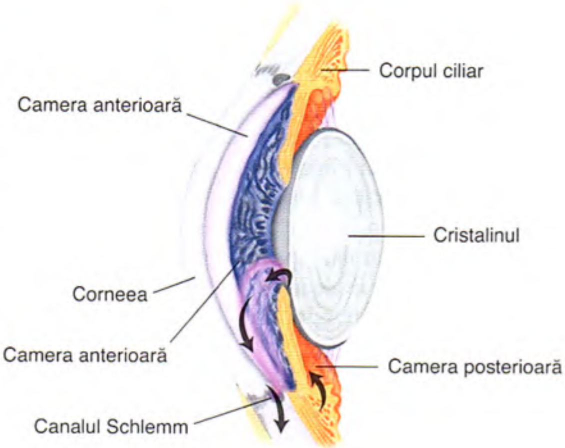
SECŢIUNE SAGITALĂ LA NIVELUL CAMEREI ANTERIOARE A GLOBULUI OCULAR, CU PLEOAPELE ÎNCHISE

Secreţia lacrimală formează o peliculă care previne uscarea suprafeţei conjunctivei şi corneei, inhibă proliferarea bacteriană şi constituie o suprafaţă optică netedă pentru cornee. Acest fluid este secretat de glandele Meibomius, glandele conjunctivale şi glanda lacrimală. Cea mai mare parte a *glandei lacrimale* este situată în interiorul orbitei, supero-lateral de globul ocular. Fluidul lacrimal acoperă întreaga suprafaţă exterioară a globului ocular, apoi drenează medial prin două orificii mici numite *puncte lacrimale*. În continuare, secreţia lacrimală trece în *sacul lacrimal*, apoi prin *canalele nazo-lacrimale* în cavitatea nazală. *Punctele lacrimale* sunt uşor de vizualizat, fiind localizate la marginea fiecărei pleoape inferioare în apropierea comisurii mediale. Sacul lacrimal este situat într-o mică depresiune de la nivelul orbitei, nefiind vizibil.

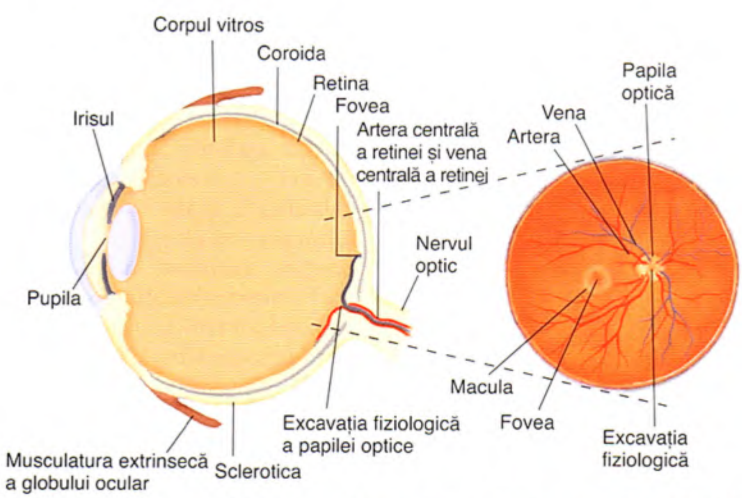


Globul ocular este o structură anatomică sferică ce focalizează lumina la nivelul elementelor neurosenzoriale ale retinei. Fibrele musculare ale irisului controlează dimensiunea pupilei. Muşchii *corpului ciliar* controlează grosimea cristalinului, şi permit focalizarea privirii asupra obiectelor situate în apropiere sau la distanţă.

Camerele anterioară şi posterioară ale globului ocular sunt pline cu un lichid clar, denumit *umoare apoasă*. Umoarea apoasă este produsă de *corpul ciliar* la nivelul camerei posterioare, de unde ajunge în camera anterioară prin pupilă şi părăseşte globul ocular prin *canalul Schlemm*. Acest sistem circulator contribuie la menţinerea presiunii intraoculare.



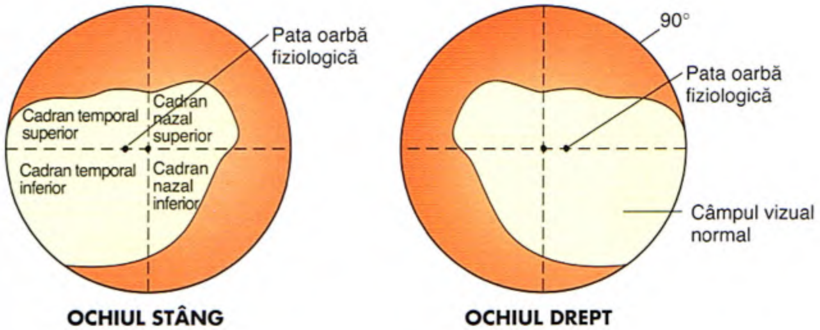
CIRCULAŢIA UMORII APOASE



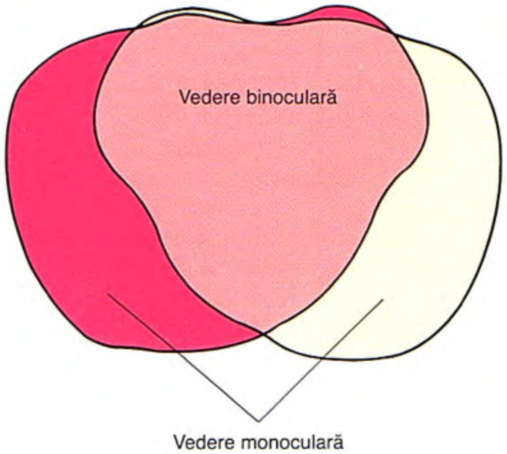
SECŢIUNE TRANSVERSALĂ PRIN OCHIUL DREPT, ILUSTRÂND O PORŢIUNE A FUNDULUI DE OCHI OBSERVATĂ LA EXAMENUL OFTALMOSCOPIC

Partea posterioară a ochiului, care poate fi observată cu ajutorul oftalmoscopului, este denumită *fund de ochi*. Structurile incluse aici sunt retina, coroida, fovea, macula, papila optică şi vasele retiniene. Nervul optic, împreună cu vasele retiniene, pătrunde în globul ocular la nivel posterior. Poate fi vizualizat cu oftalmoscopul la nivelul *papilei optice*. Lateral şi uşor inferior de papila optică se găseşte o mică depresiune a suprafeţei retinei, care reprezintă punctul vederii centrale. În jurul său se află o zonă circulară mai întunecată, numită *fovea* centrală. Fovea este înconjurată de o regiune relativ rotundă numită *maculă* (adică pată galbenă microscopică), imprecis delimitată. *Corpul vitros*, reprezentat de o masă transparentă de material gelatinos situată posterior de cristalin, nu este în mod normal vizualizat. El contribuie la menţinerea formei globului ocular.

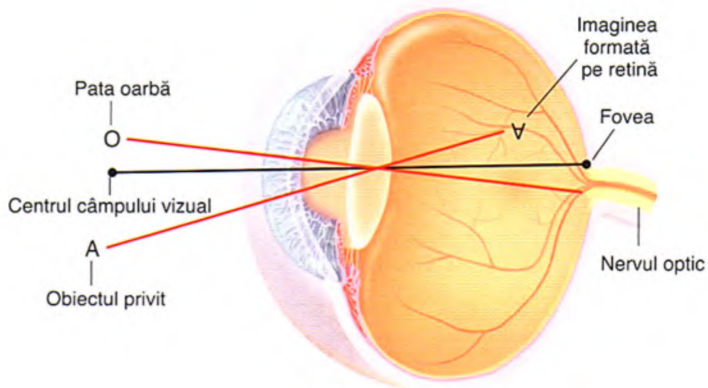
Câmpurile vizuale. *Câmpul vizual* este alcătuit din totalitatea punctelor din spațiu pe care un ochi le poate percepe atunci când privirea este focalizată pe un punct central fix. În mod convențional, câmpurile vizuale sunt reprezentate pe fondul unor cercuri, privite din perspectiva pacientului. Centrul cercului reprezintă punctul de focalizare a privirii. Circumferința este de 90° de la axa vizuală. Fiecare câmp vizual, reprezentat prin zonele de culoare deschisă în imaginile de mai jos, este divizat în patru cadrane. Observați că în partea temporală câmpurile vizuale prezintă o extindere mai mare. Câmpul vizual este limitat superior de arcada sprâncenoasă, inferior de pomeții obrajilor, iar medial de piramida nazală. Lipsa receptorilor optici la nivelul papilei optice duce la apariția unei pete oarbe ovale în fiecare câmp vizual, situată la aproximativ 15° față de axa vizuală, în direcție temporală.



Atunci când o persoană folosește ambii ochi, cele două câmpuri vizuale se suprapun parțial, rezultând vederea binoculară. Lateral, vederea este monoculară.



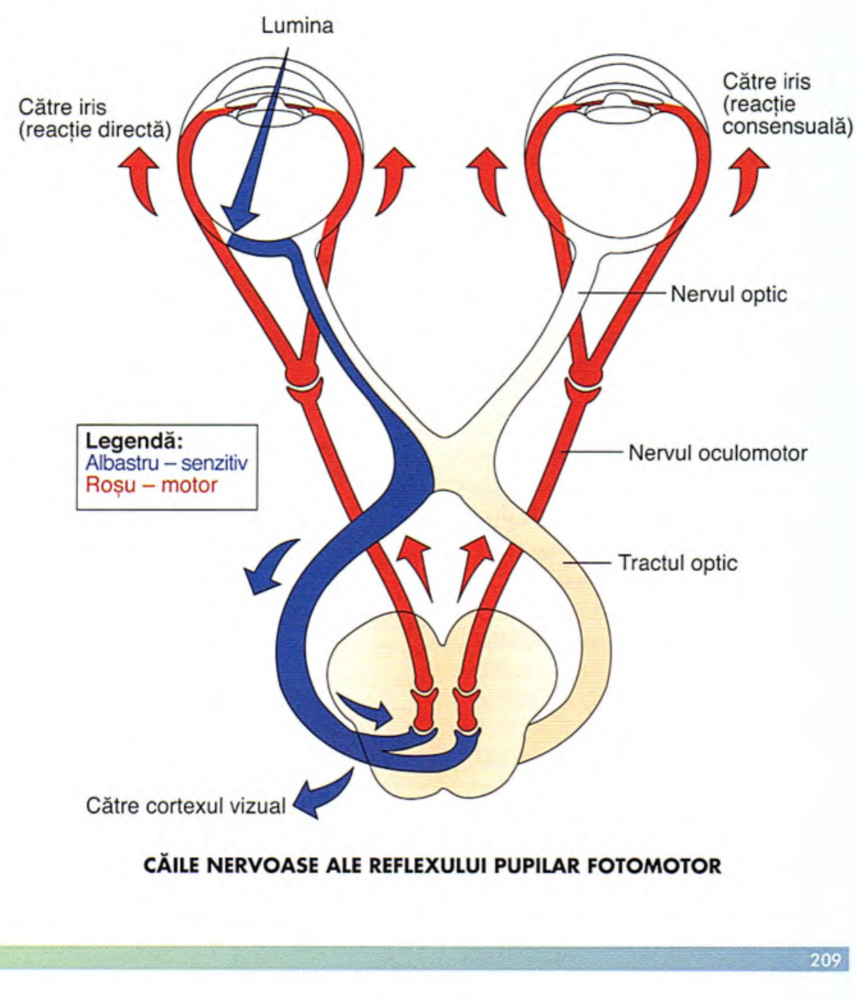
Căile vizuale. Pentru a vedea un obiect, lumina reflectată de acesta trebuie să pătrundă prin pupilă și să fie focalizată la nivelul elementelor neurosenzoriale ale retinei. Imaginea proiectată aici este răsturnată și inversată stânga-dreapta. Astfel, imaginea unui obiect situat în câmpul vizual nazal superior se formează la nivelul cadranului temporal inferior al retinei.



Impulsurile nervoase, stimulate de lumină, sunt conduse prin fibrele nervoase de la nivelul retinei, nervului optic și tracturilor optice de fiecare parte, iar mai departe prin *radiațiile optice* până la cortexul vizual, situat în lobul occipital.

Reflexele pupilare. Dimensiunea pupilei se modifică în funcție de lumină și de efortul de focalizare asupra obiectelor situate la diferite distanțe.

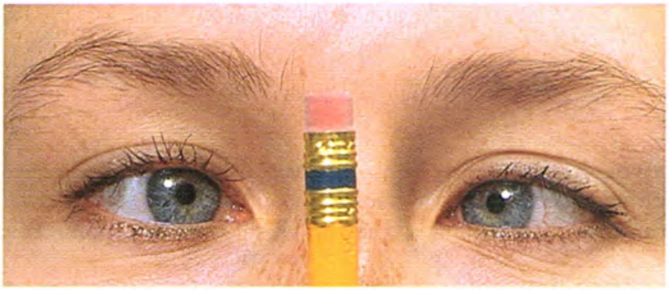
Reflexul pupilar fotomotor. Un fascicul luminos îndreptat asupra retinei determină constricție pupilară, atât la nivelul ochiului respectiv - *reacție directă la lumină* - cât și al ochiului controlateral - *reacție pupilară consensuală*. Căile senzitive inițiale sunt similare celor descrise pentru formarea imaginii: retina, nervul optic și tractul optic. Însă, în mezencefal căile devin divergente, impulsurile fiind transmise prin nervul oculomotor (NC III) către musculatura constrictoare a irisului de la nivelul fiecărui ochi.



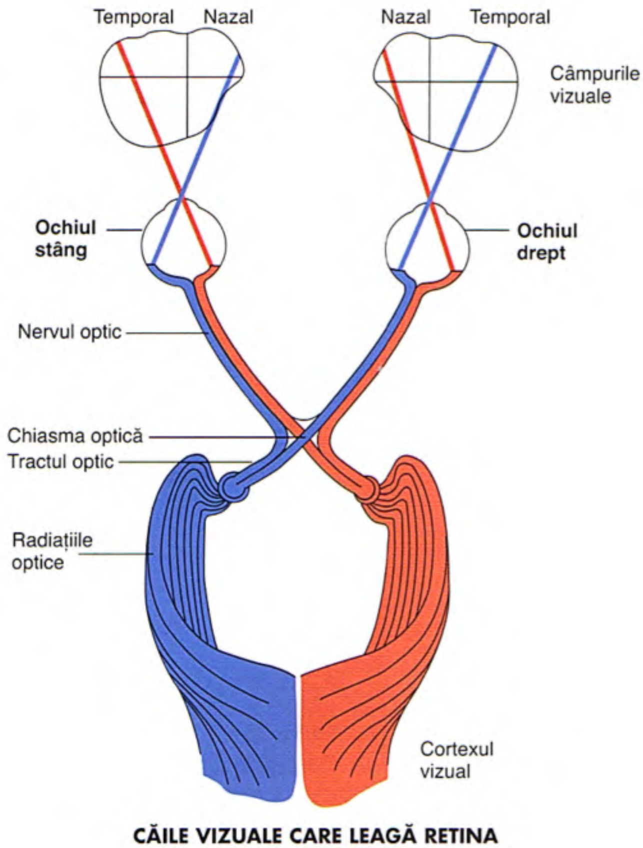
CĂILE NERVOASE ALE REFLEXULUI PUPILAR FOTOMOTOR

Acomodarea la vederea de aproape. Atunci când o persoană îşi mută privirea de la un obiect îndepărtat la unul apropiat, se produce constricţia pupilară. Acest răspuns, la fel ca şi reflexul pupilar fotomotor, este mediat de nervul oculomotor (NC III). Simultan cu *constricţia pupilară*, dar fără a face parte din aceasta, se produc şi (1) *convergenţa oculară* prin contracţia musculaturii extrinseci; şi (2) *acomodarea*, creşterea convexităţii cristalinului determinată de contracţia muşchilor ciliari. Această modificare a formei cristalinului permite focalizarea pentru obiectele mai apropiate, însă nu este vizibilă pentru examinator.



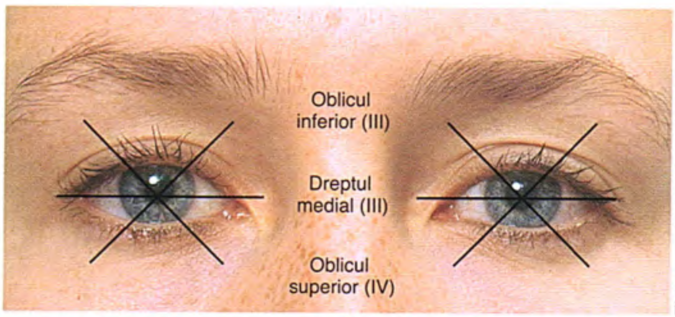


Inervaţia autonomă a globilor oculari. Fibrele nervului oculomotor (NC III) răspunzătoare de constricţia pupilară aparţin sistemului nervos vegetativ parasimpatic. Irisul este inervat şi de fibre nervoase vegetative simpatice, a căror stimulare produce dilatarea pupilei şi ridicarea uşoară a pleoapei superioare, similar cu expresia indusă de frică. Căile nervoase simpatice au originea în hipotalamus, de unde coboară prin trunchiul cerebral şi prin măduva spinării până în regiunea cervicală. De aici, fibrele însoţesc artera carotidă sau ramurile acesteia până la nivelul orbitei. Producerea unei leziuni oriunde pe acest traseu poate aboli efectele simpatice de dilatare a pupilei.



CĂILE VIZUALE CARE LEAGĂ RETINA DE CORTEXUL VIZUAL

Mișcările extraoculare. Mișcarea ochiului este rezultatul contracției coordonate a șase mușchi, dintre care patru sunt drepți și doi oblici. Puteți testa funcția fiecărui mușchi și inervația corespunzătoare cerând pacientului să miște ochiul în direcția de care este răspunzător mușchiul respectiv. Există șase astfel de *direcții cardinale*, indicate de liniile trasate în figura de mai jos. De exemplu atunci când o persoană privește în jos și la dreapta, mișcarea ochiului drept este realizată în principal de către mușchiul drept inferior (NC III), în timp ce mișcarea ochiului stâng este asigurată de mușchiul oblic superior stâng (NC IV). Dacă unul dintre acești mușchi este paralizat, ochiul va devia de la poziția sa normală corespunzătoare pentru direcția de privire, iar mișcările globilor oculari nu vor mai fi conjugate, sau paralele.



DIRECȚIILE CARDINALE ALE PRIVIRII

Tehnici de examinare

Elemente importante ale examenului obiectiv

- Acuitatea vizuală
- Câmpurile vizuale
- Conjunctiva și sclerotica
- Corneea, cristalinul și pupilele
- Mișcările extraoculare
- Fundul de ochi, inclusiv:
  Papila optică și excavația fiziologică
  Retina
  Vasele retiniene

Acuitatea vizuală. Pentru a testa acuitatea vederii centrale utilizați optotipul Snellen în condiții bune de iluminare. Așezați pacientul la o distanță de 6 m față de optotip. Pacienții care sunt purtători de ochelari de distanță trebuie să îi poarte și în timpul testării. Cereți pacientului să-și acopere unul dintre ochi cu un cartonaș (pentru a evita riscul de a trage cu ochiul printre degete) și apoi să citească rândul cu cele mai mici litere pe care le poate distinge. Pacientul care nu poate citi nici rândul cu cele mai mari litere trebuie așezat mai aproape de optotip; notați diferența de distanță. Determinați rândul cu cele mai mici litere pentru care pacientul poate identifica mai mult de jumătate din caractere. Înregistrați acuitatea vizuală corespunzătoare rândului respectiv și prezența ochelarilor, dacă este cazul. Acuitatea vizuală este redată cu ajutorul a două numere (de exemplu: 6/9 când distanțele sunt măsurate în metri, sau 20/30 când distanțele sunt măsurate în picioare [feet]): primul indică distanța la care este așezat pacientul față de optotip (6 metri = 20 feet = 12 inch.), iar cel de-al doilea distanța de la care ochiul normal poate citi rândul de litere respectiv.

O acuitate vizuală de 6/60 (sau 20/200) înseamnă că de la 6 m pacientul poate citi rândul tipărit pe care o persoană cu acuitate vizuală normală l-ar putea citi de la 60 de metri. Cu cât al doilea număr este mai mare, cu atât valoarea acuității vizuale este mai mică. O acuitate vizuală de „6/12 cu corecție" (sau 20/40) înseamnă că pacientul a putut citi de la distanța de 12 m cu ajutorul ochelarilor (acuitate corectată).

Testarea vederii de aproape cu ajutorul unui cartonaș ținut în mână este util în identificarea nevoii de a purta ochelari pentru citit sau lentile bifocale la pacienții cu

Miopia reprezintă afectarea vederii la distanță.

Prezbitismul constă în afectarea vederii de aproape, fiind întâlnit la

vârsta peste 45 de ani. Puteţi utiliza acest cartonaş şi pentru a testa acuitatea vizuală la pacienţii imobilizaţi la pat. Menţinut la o distanţă de aproximativ 35 cm de ochii pacientului, cartonaşul simulează optotipul Snellen. Totuşi, puteţi permite pacientului să aleagă o distanţă convenabilă.

persoanele de vârstă mijlocie şi la vârstnici. O persoană cu prezbitism vede mai bine atunci când cartonaşul este ţinut la distanţă mai mare.

Dacă nu dispuneţi de optotip, puteţi testa acuitatea vizuală cu orice tip de material tipărit aflat la îndemână. Dacă pacienţii nu pot citi nici măcar literele cele mai mari, testaţi-le capacitatea de a număra degetele ridicate în faţa lor şi de a discerne între lumină (e.g. emisă de o lanternă) şi întuneric.

În SUA, din punct de vedere legal, o persoană este considerată ca suferind de cecitate atunci când acuitatea vizuală la ochiul cu vedere mai bună, corectată cu ochelari, este de 6/60 (sau 20/200) sau mai mică. Cecitatea poate fi stabilită şi pe baza limitării câmpului vizual: 20° sau mai puţin pentru ochiul cu vederea mai bună.

Determinarea câmpului vizual prin metoda confruntării

Screening. Screening-ul începe în câmpurile temporale, deoarece majoritatea defectelor se localizează în aceste regiuni. Imaginaţi-vă câmpurile vizuale ale pacientului proiectate pe o sferă de sticlă care înconjoară partea anterioară a capului



pacientului. Cereţi pacientului să vă privească în ochi, cu ambii ochi. În timp ce la rândul vostru îl priviţi în ochi, plasaţi-vă mâinile la aproximativ jumătate de metru distanţă, lateral de urechile pacientului. Cereţi pacientului să indice imediat când începe să vadă degetele voastre. Apoi mişcaţi încet ambele mâini, dând uşor din degete, de-a lungul suprafeţei sferei imaginare spre axa vizuală până când pacientul începe să le vadă. Repetaţi acest model pentru cadranele temporale superioare şi inferioare. În mod normal, o persoană vede ambele seturi de degete în acelaşi timp. În această situaţie, câmpurile vizuale sunt normale.

Defecte de câmp vizual care implică în întregime sau parţial regiunea temporală:

Hemianopsie omonimă



Hemianopsie bitemporală



Cvadranopsii



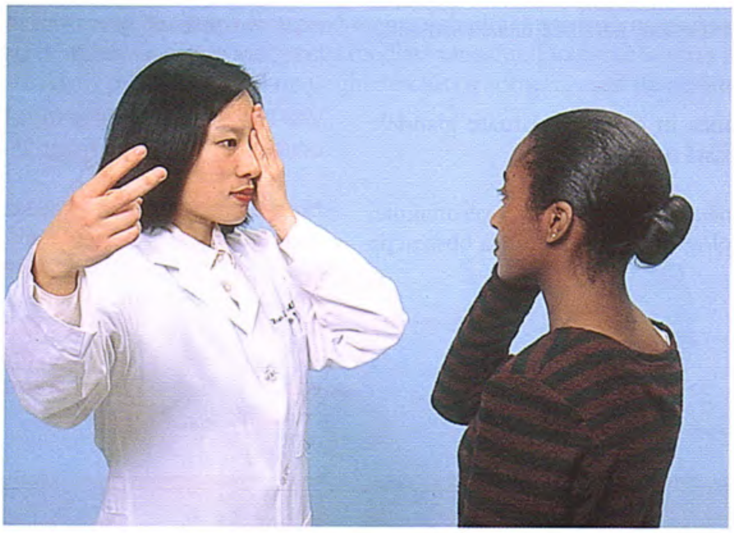
Aceste tipuri de defecte sunt descrise în Planşa 7-5, Defecte de câmp vizual, pag. 254.

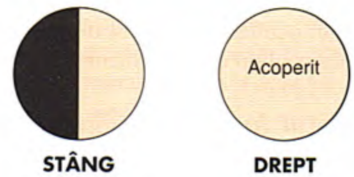
Teste suplimentare. Dacă găsiţi un defect, încercaţi să stabiliţi extinderea lui. Testaţi pe rând fiecare ochi. De exemplu, dacă suspectaţi un defect temporal în câmpul vizual stâng, cereţi pacientului să-şi acopere ochiul drept şi să vă privească

Atunci când, în mod repetat, ochiul stâng al pacientului nu vede degetele decât după ce au trecut de

drept în ochi cu ochiul stâng. Apoi mişcaţi încet degetele dinspre aria cu defect către regiunea cu vedere mai bună, notând locul în care pacientul începe să răspundă. Repetaţi acest gest la mai multe niveluri pentru a defini limitele defectului.

axa vizuală, este vorba despre o *hemianopsie temporală* stângă. Aceasta este reprezentată din perspectiva pacientului.





Astfel poate fi stabilită prezenţa unei *hemianopsii omonime* stângi.



Identificarea unui defect temporal în câmpul vizual al unui ochi sugerează prezenţa unui defect în câmpul nazal al celuilalt ochi. Pentru a testa această ipoteză, examinaţi celălalt ochi într-un mod similar, repetând mişcarea dinspre zona defectului anticipat către zona cu vedere mai bună.

Defectele mici de câmp vizual şi mărirea petei oarbe necesită un stimul mai fin. Testaţi pe rând fiecare ochi folosind un obiect mic de culoare roşie, cum ar fi un băţ de chibrit cu capul roşu sau radiera roşie de la capătul unui creion. În timp ce pacientul vă priveşte drept în ochi, mişcaţi obiectul în câmpul vizual. Pata oarbă fiziologică poate fi descoperită la 15° în direcţie temporală faţă de axa vizuală – în acest punct, obiectul roşu de mici dimensiuni dispare. (Exersaţi găsind pata oarbă la propria persoană.)

Creşterea dimensiunii petei oarbe survine în afecţiuni ale nervului optic, cum ar fi *glaucomul, nevrita optică* şi *edemul papilar.*[7]

Poziţia şi alinierea ochilor. Stând în faţa pacientului, examinaţi poziţia şi alinierea ochilor. Dacă unul sau ambii ochi par a protruziona, trebuie examinaţi din direcţie cranială (vezi pag. 243).

Devierea ochilor către interior sau către exterior; protruzia anormală a globilor oculari în *boala Graves* sau în tumori oculare.

Sprâncenele. Inspectaţi sprâncenele notând cantitatea şi distribuţia lor, precum şi prezenţa scuamelor tegumentului subiacent.

Prezenţa scuamelor în *dermatita seboreică*; rărirea firelor în regiunea laterală în *hipotiroidism*

Pleoapele. Observaţi poziţia pleoapelor în raport cu globii oculari. Examinaţi următoarele elemente:

Vezi Planşa 7-6, Variaţii şi anomalii ale pleoapelor (pag. 255)

- Deschiderea fantelor palpebrale
- Edemul palpebral
- Culoarea pleoapelor

Fante palpebrale orientate în sus în *sindromul Down*

Marginile pleoapelor eritematoase şi inflamate în *blefarită*, adesea cu formare de cruste

- Leziuni
- Starea şi orientarea genelor
- Gradul de închidere a pleoapelor. Această trăsătură este importantă în special în cazul ochilor neobişnuit de proeminenţi, când există paralizie facială sau când pacientul nu este conştient.

Imposibilitatea închiderii pleoapelor expune corneea la leziuni severe.

Aparatul lacrimal. Inspectaţi rapid regiunea în care sunt situate glandele lacrimale şi sacul lacrimal, pentru a vedea dacă există tumefacţie.

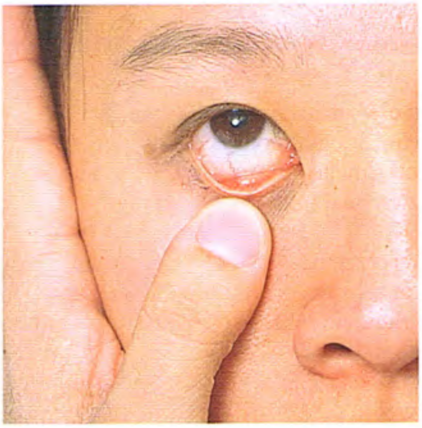
Vezi Planşa 7-7, Noduli şi tumefacţii oculare şi perioculare (pag. 256).

Căutaţi semne de hiperlacrimaţie sau de uscăciune a ochilor. Evaluarea xeroftalmiei poate necesita teste speciale efectuate de oftalmolog. Pentru a identifica obstrucţia canalului nazo-lacrimal, vezi pag. 243.

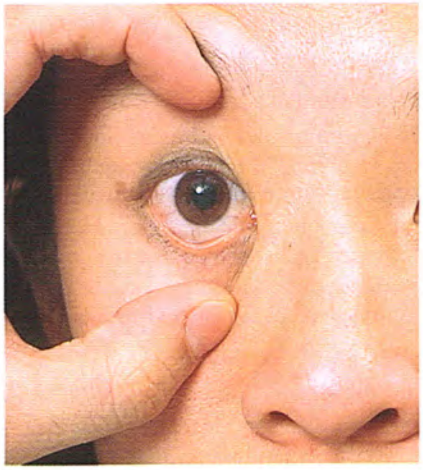
Hiperlacrimaţia poate fi cauzată de creşterea secreţiei lacrimale sau de alterarea drenajului lacrimal normal. Din prima categorie fac parte *inflamaţia conjunctivei* şi *iritaţia corneei*; din cea de-a doua, *ectropionul* (pag. 255) şi *obstrucţia canalului nazo-lacrimal.*

Conjunctiva şi sclerotica. Cereţi pacientului să privească în sus, în timp ce coborâţi ambele pleoape inferioare cu ajutorul policelor, realizând astfel expunerea scleroticii şi a conjunctivei. Inspectaţi culoarea scleroticii şi a conjunctivei palpebrale şi observaţi dispoziţia vaselor sanguine pe fundalul alb al scleroticii. Identificaţi orice noduli sau tumefacţii.

Dacă aveţi nevoie de o vizualizare completă a ochiului, plasaţi policele şi indexul la nivelul obrazului, respectiv al arcadei sprâncenoase, şi deschideţi pleoapele.



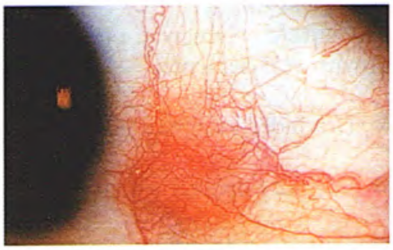
Cereţi pacientului să privească la stânga, la dreapta şi apoi în jos. Această tehnică vă oferă o bună vizualizare a scleroticii şi a conjunctivei bulbare, dar nu şi a conjunctivei palpebrale a pleoapei superioare. Pentru aceasta trebuie să realizaţi eversiunea pleoapei (vezi pag. 243-244).





Coloraţia galbenă a scleroticii indică prezenţa *icterului.*

Eritemul local redat mai jos este întâlnit în *episclerita nodulară,* afecţiune cu evoluţie autolimitată la adulţii tineri; este prezent şi în *artrita reumatoidă* şi în *LES.*



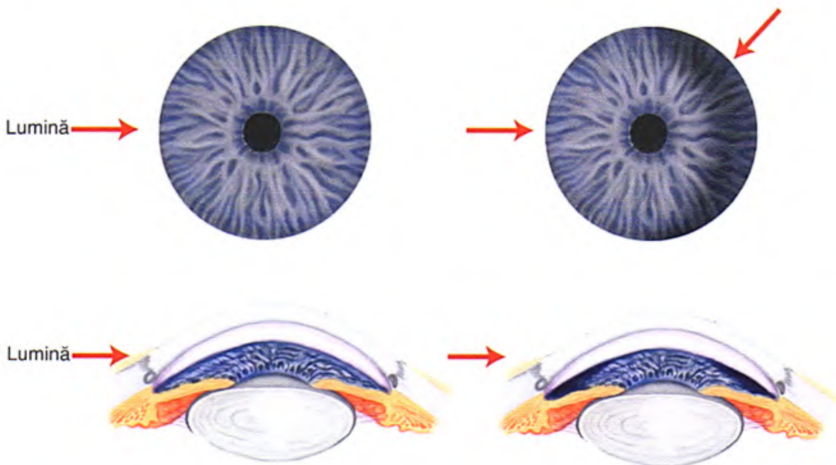
Pentru comparaţii, vezi Planşa 7-8, Ochii roşii (pag. 257).

Corneea și cristalinul. Cu ajutorul luminii focalizate oblic inspectați corneea fiecărui ochi căutând opacități și notați orice opacități cristaliniene care pot fi vizualizate prin pupilă.

Vezi Planșa 7-9, Opacități ale corneei și ale cristalinului (pag. 258)

Irisul. În același timp inspectați irisul fiecărui ochi. Marginile sale trebuie să fie bine definite. Îndreptați fasciculul de lumină asupra ochiului dinspre regiunea temporală și căutați o umbră semilunară pe partea medială a irisului. Deoarece în mod normal irisul este relativ plat și formează un unghi deschis cu corneea, acest tip de iluminare nu determină formarea unei umbre.

Uneori irisul este anormal înclinat către anterior, formând un unghi foarte ascuțit cu corneea. În acest caz, iluminarea duce la apariția unei umbre semilunare.

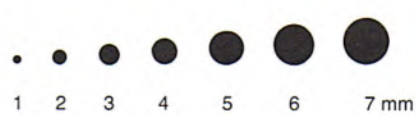


Acest unghi ascuțit crește riscul de apariție a *glaucomului cu unghi închis* – o creștere bruscă a presiunii intraoculare ca urmare a obstrucției drenajului umorii apoase.

În *glaucomul cu unghi deschis* – forma cea mai frecventă de glaucom – relația spațială normală dintre iris și cornee este păstrată, iar irisul este complet iluminat.

Pupilele. Examinați *dimensiunea*, *forma* și *simetria* pupilelor. Dacă acestea sunt mărite (>5 mm), micșorate (<3 mm) sau inegale, măsurați-le. Pentru aceste măsurători puteți folosi un cartonaș cu cercuri negre de diferite diametre.

Mioza reprezintă constricția pupilară, iar *midriaza* dilatarea pupilei.



La aproximativ 20% din persoane există în mod normal o diferență mai mică de 0,5 mm între diametrele celor două pupile (*anizocorie*). Dacă reflexele pupilare sunt normale, anizocoria este considerată benignă.

Comparați anizocoria benignă cu cea din *sindromul Horner, paralizia de nerv oculomotor* și *pupila tonică*. Vezi Planșa 7-10, Anomalii pupilare (pag. 259).

Testați *reflexul pupilar fotomotor*. Cereți pacientului să privească înainte, în depărtare, apoi aplicați oblic la nivelul fiecărei pupile un fascicul luminos strălucitor. (Atât focalizarea la distanță, cât și iluminarea în incidență oblică previn reacția de acomodare la apropiere.) Urmăriți apariția următoarelor reacții:

- *Reacția directă* la lumină (constricția pupilei aceluiași ochi)
- *Reacția pupilară consensuală* (constricția pupilei ochiului controlateral)

Reduceţi întotdeauna gradul de iluminare al camerei şi folosiţi o sursă de lumină puternică înainte de a decide că reflexul pupilar fotomotor este absent.

Dacă reacţia la lumină este afectată sau discutabilă, testaţi reflexul pupilar de *acomodare la vederea de aproape* în condiţii de iluminare normală a camerei. Prin testarea fiecărui ochi în parte vă puteţi concentra asupra răspunsului pupilar, atenţia nemaifiind distrasă de mişcările extraoculare. Menţineţi un deget sau un creion la cca 10 cm de ochii pacientului. Cereţi pacientului să îşi focalizeze privirea întâi asupra obiectului, apoi în spatele lui, la distanţă. Urmăriţi apariţia constricţiei pupilare la focalizarea pe obiectul situat aproape.

Testarea reacţiei de acomodare la vederea de aproape este utilă în diagnosticarea semnului *Argyll Robertson* şi *a pupilei tonice (Adie)* (vezi pag. 259).

Musculatura extrinsecă a globului ocular. Stând la aproximativ jumătate de metru exact în faţa pacientului, îndreptaţi către ochii acestuia o sursă luminoasă şi cereţi-i să o privească. *Examinaţi reflexiile la nivel corneean.* Acestea ar trebui să fie vizibile aproape de centrul pupilelor, uşor medial.

Asimetria reflexiilor corneene indică o deviere de la alinierea oculară normală. De exemplu, o reflexie luminoasă temporală la nivelul corneei de o parte indică o deviere nazală a ochiului respectiv. Vezi Planşa 7-11, Mişcări neconjugate ale globilor oculari (pag. 260).



Testul de acoperire a ochiului poate evidenţia un dezechilibru muscular uşor sau latent, care altfel ar fi trecut neobservat (vezi pag. 260).

În continuare, *evaluaţi contracţiile musculaturii extrinseci*, căutând:

- *Mişcările oculare conjugate* normale în toate direcţiile, sau orice *deviere* de la normal

Vezi Planşa 7-11, Mişcări neconjugate ale globilor oculari (pag. 260).

- *Nistagmusul*, o mişcare oculară oscilatorie ritmică fină. Câteva mişcări de tip nistagmus pot apărea în mod normal atunci când privirea este îndreptată în extrema laterală. Dacă le observaţi, readuceţi degetul în câmpul vizual binocular şi repetaţi examinarea.

Nistagmusul susţinut în cadrul câmpului vizual binocular este observat în diferite afecţiuni neurologice. Vezi Planşa 17-6, Nistagmusul (pag. 723-724).

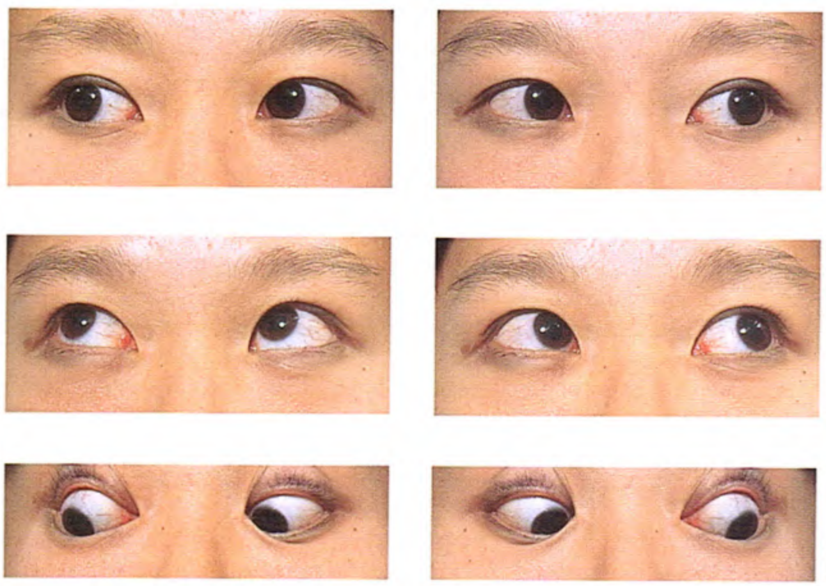
- *Întârzierea coborârii pleoapei superioare* atunci când globul ocular se mişcă de sus în jos.

În întârzierea coborârii pleoapei superioare din *hipertiroidism* poate fi observată o porţiune marginală a scleroticii deasupra irisului, la privirea în jos.

Pentru a testa mişcările extraoculare cereţi pacientului să vă urmărească degetul sau un creion pe care îl mişcaţi în cele şase direcţii cardinale ale privirii. Descriind în aer un H amplu, ghidaţi privirea pacientului (1) către extrema lui dreaptă, (2) în dreapta sus şi (3) în dreapta jos; apoi (4) fără a face o pauză în centru, către

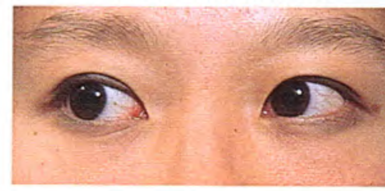
extrema stângă, (5) în stânga sus, şi (6) în stânga jos. Faceţi o pauză în timpul privirii în sus şi către lateral pentru a depista nistagmusul. Mişcarea degetului sau a creionului se face la o distanţă confortabilă pentru pacient. Deoarece pacienţii de vârstă mijlocie sau avansată pot avea dificultăţi la focalizarea privirii pe obiecte aflate prea aproape, creşteţi distanţa special pentru ei. Unii pacienţi mişcă şi capul în încercarea de a urmării degetul examinatorului. La nevoie, menţineţi capul pacientului nemişcat în poziţia necesară, pe linia mediană.

În paralizia NC VI, ilustrată mai jos, mişcările oculare sunt conjugate în privirea laterală dreaptă dar nu şi în cea laterală stângă.

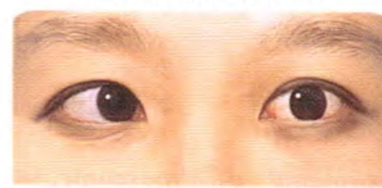


1 2 3 4 5 6

PRIVIRE SPRE DREAPTA



PRIVIRE SPRE STÂNGA



Dacă suspectaţi întârzierea coborârii pleoapei superioare sau hipertiroidism, cereţi pacientului să vă urmărească din nou degetul, în timp ce îl mişcaţi încet de sus în jos pe linia mediană. În timpul acestei mişcări pleoapa ar trebui să acopere uşor irisul.

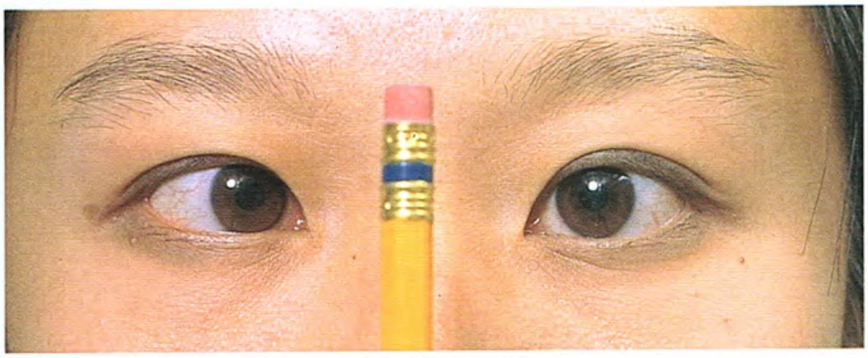




Marginea scleroticii este vizibilă în *proptoză*, o protruzie anormală a globului ocular care apare în *hipertiroidism*, şi conferă aspectul de privire „fixă" (holbare) caracteristică în plan frontal.

Examenul se încheie cu testarea *convergenţei* oculare. Cereţi pacientului să vă urmărească degetul sau un creion aflat la distanţă, pe măsură ce îl apropiaţi progresiv de vârful nasului acestuia. În mod normal, ochii urmăresc deplasarea obiectului într-o mişcare de convergenţă până la o distanţă de cca 5-8 cm de vârful nasului.

Convergenţă scăzută în *hipertiroidism*



CONVERGENŢĂ OCULARĂ

Examenul oftalmoscopic. În cadrul examenului clinic general, examinarea ochilor pacientului se face de obicei *fără a le induce dilatare pupilară (midriază) pe cale medicamentoasă*. Prin urmare, accesul vă este limitat la structurile retiniene posterioare. Pentru a vedea structuri mai periferice, pentru a evalua macula, sau a investiga pierderi inexplicabile ale vederii, medicii oftalmologi folosesc coliruri midriatice pentru dilatarea pupilelor, cu excepţia cazului în care acest lucru este contraindicat.



Contraindicaţiile pentru administrarea colirurilor midriatice includ: (1) traumatisme craniocerebrale şi stări comatoase, în care monitorizarea permanentă a reacţiilor pupilare este esenţială şi (2) suspiciunea de glaucom cu unghi închis.

La început utilizarea oftalmoscopului poate părea dificilă, iar fundul de ochi poate fi greu de vizualizat. Cu răbdare şi prin exersarea tehnicii corecte de examinare, fundul de ochi va deveni vizibil şi veţi fi capabil să evaluaţi structuri importante, cum ar fi papila optică şi vasele retiniene. Scoateţi-vă ochelarii cu excepţia cazului în care suferiţi de miopie severă sau astigmatism. (Cu toate acestea, în cazul în care erorile de refracţie de care suferă pacientul fac dificilă focalizarea la nivelul fundului de ochi, examinarea poate fi mai uşoară dacă vă păstraţi ochelarii).

După ce vă familiarizaţi cu componentele oftalmoscopului prezentate mai sus, urmaţi protocolul de examinare cu ajutorul oftalmoscopului şi în timp vă veţi îmbunătăţi abilităţile.

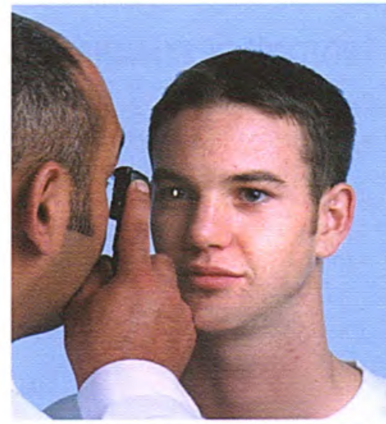
PROTOCOL DE UTILIZARE A OFTALMOSCOPULUI

- Micşoraţi intensitatea luminii din camera unde efectuaţi examinarea. Aprindeţi sursa luminoasă a oftalmoscopului şi rotiţi discul lentilei până când veţi vedea fasciculul luminos rotund, mare, de lumină albă.* Îndreptaţi fasciculul luminos asupra feţei dorsale a propriei mâini pentru a verifica tipul de lumină, intensitatea luminoasă dorită şi starea de încărcare a acumulatorilor oftalmoscopului.
- Rotiţi discul lentilei până la valoarea 0 a dioptriilor (o dioptrie este o unitate care măsoară puterea unei lentile de a imprima o direcţie convergentă sau divergentă razelor luminoase ale unui fascicul). La această valoare a dioptriilor, lentila nu influenţează în nici un sens lumina. Menţineţi degetul pe marginea discului lentilei astfel încât să puteţi întoarce discul pentru a focaliza atunci când examinaţi fundul de ochi.
- Reţineţi, oftalmoscopul trebuie ţinut *în mâna dreaptă* atunci când examinaţi *ochiul drept al pacientului*; şi *în mâna stângă* când examinaţi *ochiul stâng al pacientului*. În acest fel evitaţi lovirea nasului pacientului şi aveţi o mai mare mobilitate şi un grad mai mare de apropiere necesar pentru vizualizarea fundului de ochi. La început este posibil să aveţi dificultăţi în folosirea ochiului nondominant, dar acestea se vor reduce prin exersare.
- Ţineţi oftalmoscopul ferm fixat de marginea medială a orbitei voastre osoase, cu mânerul înclinat lateral la aproximativ 20° faţă de verticală. Verificaţi dacă vedeţi clar prin apertura acestuia. Cereţi pacientului să privească uşor în sus şi peste umărul vostru, fixând un punct situat pe peretele din faţa lui.
- Aşezaţi-vă la aproximativ 40 cm distanţă de pacient şi la un unghi de 15° *lateral de axa vizuală a acestuia*. Îndreptaţi fasciculul luminos către pupila acestuia şi căutaţi strălucirea portocalie a pupilei – *reflexul roşu pupilar*. Observaţi orice opacităţi care întrerup reflexul roşu.
- În continuare aşezaţi policele de la cealaltă mână pe sprânceana pacientului (această tehnică ajută la menţinerea poziţiei fixe, dar nu este esenţială). Păstrând fasciculul de lumină focalizat pentru obţinerea reflexului roşu, apropiaţi-vă cu oftalmoscopul la un unghi de 15° de pupila pacientului până când ajungeţi foarte aproape de ea, aproape atingând genele pacientului.

  Încercaţi să vă menţineţi ambii ochi deschişi şi relaxaţi, ca şi cum aţi privi la distanţă, pentru a reduce la minim orice fluctuaţii ale clarităţii imaginii în timp ce ochii voştri încearcă să se acomodeze.

  Uneori poate fi necesar să reduceţi intensitatea luminoasă a fasciculului pentru a face examinarea mai confortabilă pentru pacient, pentru a evita *hippusul* (spasmul pupilar) şi a îmbunătăţi observaţiile din timpul examinării.

*Unii clinicieni preferă să folosească fasciculul luminos rotund cu diametrul mare pentru pupilele mari, şi fasciculul luminos rotund cu diametrul mic pentru pupilele mici. Celelalte tipuri de fascicule luminoase sunt rareori utile. De asemenea pot fi folosite şi alte tipuri de fascicule: fascicul îngust de tip fantă pentru a evalua supradenivelări sau concavităţi ale retinei, fasciculul verde (sau liber de culoarea roşie) pentru a detecta leziunile mici, roşii, şi grila pentru a face măsurători. Ignoraţi ultimele trei tipuri de fascicule şi exersaţi folosirea fasciculelor rotunde de lumină albă, cu diametru mare sau mic.



EXAMINATOR LA UN UNGHI DE 15° FAŢĂ DE AXA VIZUALĂ A PACIENTULUI, INDUCÂND REFLEXUL ROŞU PUPILAR

Absenţa *reflexului roşu pupilar* sugerează prezenţa unei opacităţi a cristalinului (cataractă) sau la nivelul corpului vitros. Mai rar, acest reflex poate fi mascat în prezenţa *dezlipirii de retină* sau, la copii, a *retinoblastomului*. Un ochi artificial nu are reflex roşu.

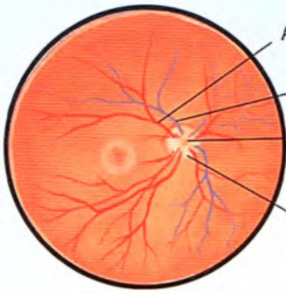
Acum sunteţi pregătit pentru a examina *papila optică* şi *retina*. Ar trebui să vedeţi papila optică – o structură ovală sau rotundă, cu culoare variabilă de la galben portocaliu până la roz, care poate umple sau chiar depăşi câmpul vostru vizual. De reţinut, oftalmoscopul măreşte retina normală de aproximativ 15 ori, şi irisul normal de aproximativ 4 ori. Dimensiunea reală a papilei optice este de fapt de 1,5 mm. În continuare este descris protocolul de examinare a papilei optice şi retinei.

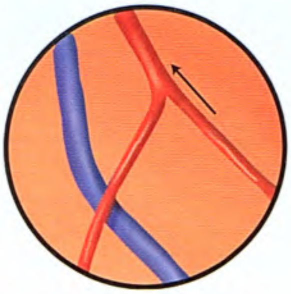
După îndepărtarea chirurgicală a cristalinului se pierde efectul de mărire exercitat de acesta. În consecinţă, structurile retiniene par mult mai mici decât de obicei, şi puteţi observa o suprafaţă mult mai mare a fundului de ochi.

PROTOCOL DE EXAMINARE A PAPILEI OPTICE ŞI A RETINEI

Papila optică

- Mai întâi, *localizaţi papila optică.* Căutaţi structura rotundă galben-portocalie descrisă în pagina anterioară. Dacă nu o puteţi vedea de la început, urmaţi traseul unui vas sanguin către centru, până când o identificaţi. Direcţia centripetă este indicată de unghiurile de ramificare a vaselor – calibrul vascular devine tot mai mare cu fiecare confluenţă pe măsură ce vă apropiaţi de papila optică.





- În continuare ajustaţi lentila oftalmoscopului pentru *a focaliza la nivelul papilei optice.* Dacă nici voi, nici pacientul nu prezentaţi vicii de refracţie, retina ar trebui să fie clar vizualizată la valoarea dioptrică 0. Dacă structurile apar neclare, rotiţi discul reglator până când găsiţi punctul de maximă claritate.

  De exemplu, dacă pacientul suferă de miopie rotiţi discul în sens antiorar către valori dioptrice negative; dacă în schimb acesta suferă de hipermetropie, rotiţi discul în sens orar către valori dioptrice pozitive. În acelaşi fel puteţi corecta şi propriile vicii de refracţie.
- *Inspectaţi papila optică.* Observaţi următoarele caracteristici:
  - *Precizia sau claritatea conturului papilei.* Porţiunea nazală a marginii papilei optice poate fi relativ neclară, fapt considerat normal.
  - *Culoarea papilei optice* variază în mod normal de la galben-portocaliu la roz. În jurul ei pot fi observate structuri semilunare albe sau colorate, fapt considerat normal.
  - *Dimensiunea excavaţiei fiziologice centrale,* dacă este prezentă. Aceasta are de obicei culoare alb-gălbuie. În general, diametrul orizontal al excavaţiei fiziologice este mai mic decât jumătate din diametrul orizontal al papilei.
  - *Evaluarea comparativă* a fundului de ochi de ambele părţi, pentru stabilirea *simetriei.*

Depistarea edemului papilar. *Edemul papilar* constă în tumefacţia papilei optice şi bombarea anterioară a excavaţiei fiziologice. Presiunea intracraniană crescută se transmite nervului optic şi determină stază a fluxului axoplasmatic, edem intra-axonal şi tumefierea terminaţiilor nervoase optice. Edemul papilar reflectă de obicei afecţiuni cerebrale severe, cum ar fi meningita, hemoragia subarahnoidiană, traumatismele şi procesele înlocuitoare de spaţiu, astfel încât identificarea lui este o prioritate în cadrul examinării fundului de ochi.

(se continuă)

În prezenţa *erorilor de refracţie,* razele luminoase provenite de la o anumită distanţă nu sunt focalizate pe retină. În *miopie* ele sunt focalizate anterior de retină; în *hipermetropie,* posterior de retină. În cazul ochiului miop, structurile retiniene par mai mari decât în mod normal.

Vezi Planşa 7-12, Variaţii normale ale papilei optice (pag. 261) şi Planşa 7-13, Anomalii ale papilei optice (pag. 262).

Dimensiunea mărită a excavaţiei sugerează *glaucom cronic cu unghi deschis.*



EDEM PAPILAR

PROTOCOL DE EXAMINARE A PAPILEI OPTICE ȘI A RETINEI (CONTINUARE)

Prezența sau absența pulsațiilor venoase spontane poate fi utilă în diagnosticarea edemului papilar. Pulsațiile venoase spontane sunt prezente în mod normal (în ≥75% din cazuri) și indică o valoare probabil normală a presiunii intracraniene. Pe de altă parte, ele pot lipsi la o mică parte din pacienții normali.

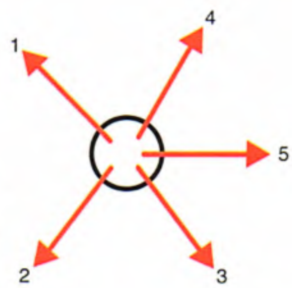
Dispariția pulsațiilor venoase în condiții patologice cum ar fi traumatismele craniene, *meningita*, sau leziunile înlocuitoare de spațiu poate fi un semn precoce de hipertensiune intracraniană.

Retina – artere, vene, fovea și macula

- *Inspectați retina*, inclusiv arterele și venele pe măsură ce se extind spre periferie, încrucișările arterio-venoase, fovea și macula. Diferențiați arterele de vene pe baza trăsăturilor prezentate mai jos.

	Artere	Vene
Culoare	Roșu deschis	Roșu închis
Dimensiune	Mai mici (2/3 până la 4/5 din diametrul venelor)	Mai mari
Reflex luminos	Strălucitor	Palid sau absent

- *Urmăriți traseul vaselor la nivel periferic în toate cele patru direcții*, notând dimensiunea relativă și aspectul încrucișărilor arterio-venoase.



Ordinea examinării dinspre papila optică spre maculă

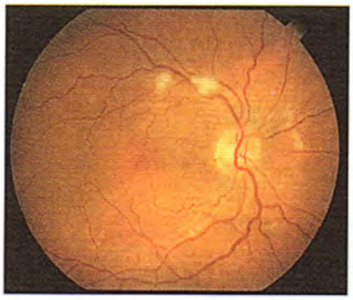
OCHIUL STÂNG

Identificați orice leziuni ale *retinei* înconjurătoare și notați dimensiunea, forma, culoarea și distribuția acestora. Pe măsură ce examinați retina, *mișcați capul odată cu oftalmoscopul, ca și când ele ar constitui un întreg*, folosind pupila pacientului ca pe un pivot imaginar. La început, s-ar putea să pierdeți de mai multe ori imaginea retinei, din cauza căderii luminii în afara pupilei. Vă veți ameliora tehnica prin exersare.

Leziunile retinei pot fi exprimate în raport cu dimensiunea papilei optice, în „diametre papilare".

(se continuă)

Vezi Planșa 7-14, Arterele retiniene și încrucișările arterio-venoase: aspectul normal și în condiții de hipertensiune (pag. 263); Vezi Planșa 7-15, Pete și striuri roșii la nivelul fundului de ochi (pag. 264); Planșa 7-16, Fundul de ochi: aspectul normal și în retinopatia hipertensivă; Planșa 7-17, Fundul de ochi: retinopatia diabetică (pag. 266); Planșa 7-18, Pete de culoare deschisă la nivelul fundului de ochi (pag. 267).

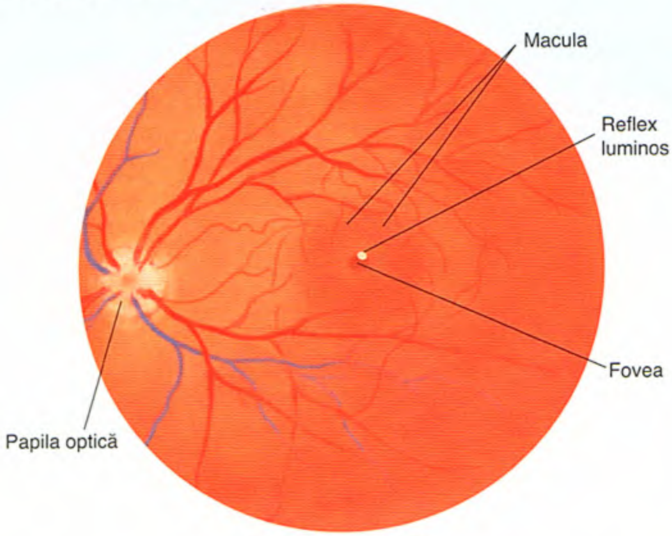


PETE VĂTUITE

Observați petele neregulate situate între ora 11 și ora 12, la cca 1-2 diametre papilare distanță de papilă. Fiecare pată are diametrul de aproximativ o jumătate din diametrul papilar.

PROTOCOL DE EXAMINARE A PAPILEI OPTICE ȘI A RETINEI (CONTINUARE)

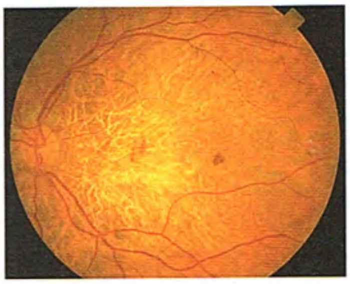
- Inspectaţi *fovea centralis* şi *macula* din jurul acesteia. Îndreptaţi fasciculul luminos lateral, sau cereţi pacientului să privească direct în lumină. Cu excepţia pacienţilor vârstnici, micul reflex luminos din centrul foveei este util în orientare. Reflexele luminoase sclipitoare în regiunea maculară sunt frecvente la tineri.



OCHIUL STÂNG

- *Inspectaţi structurile anterioare.* Căutaţi opacităţi la nivelul *corpului vitros* sau *cristalinului* rotind discul reglator treptat până la valori dioptrice cuprinse între +10 şi +12. Această tehnică vă permite focalizarea la nivelul structurilor mai anterioare ale ochiului.

Degenerescenţa maculară este o cauză importantă de afectare a vederii centrale la vârstnici. Există mai multe tipuri: *degenerescenţa maculară atrofică uscată* (tipul mai frecvent, dar mai puţin sever) şi *degenerescenţa maculară exsudativă*, "umedă", sau neovasculară. Resturile celulare nefagocitate, denumite *drusen*, pot fi dure şi net delimitate aşa cum se observă mai jos, sau moi şi confluente cu pigmentaţie alterată (vezi pag. 267).



Fotografie preluată după Tasman W, Jaeger E (eds). The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophtalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2001.

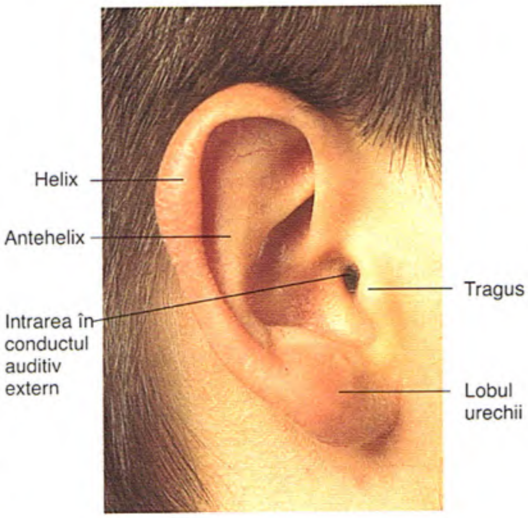
Opacităţile flotante din corpul vitros pot fi vizualitate sub forma unor pete sau fibre întunecate situate între fundul de ochi şi cristalin. Cataracta semnifică existenţa unor opacităţi ale cristalinului (vezi pag. 258).

URECHEA

Anatomie și fiziologie

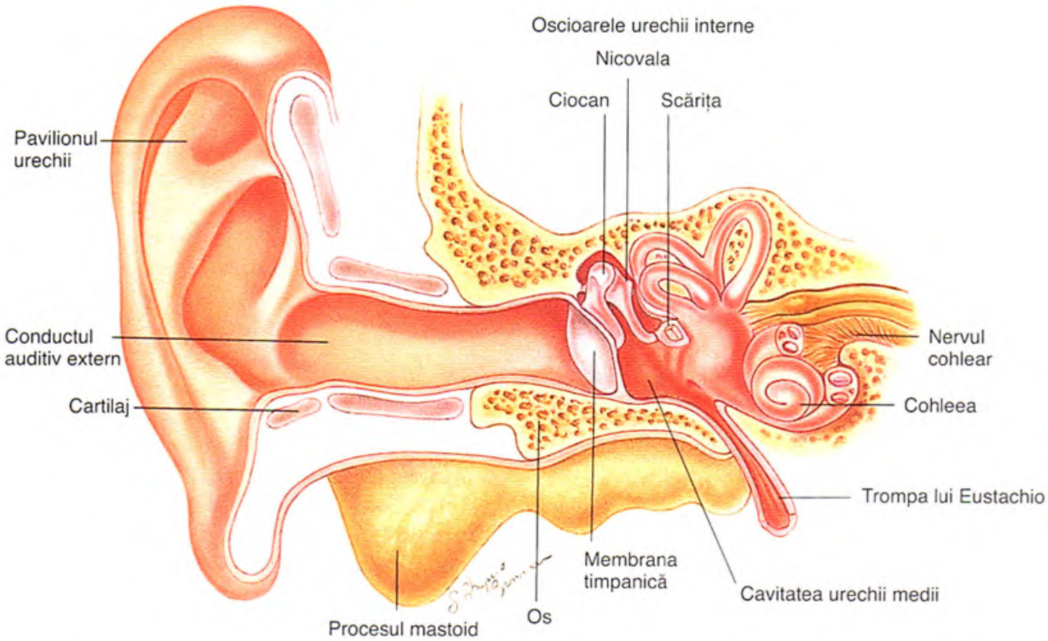
Urechea prezintă trei compartimente: urechea externă, urechea medie şi urechea internă.

Urechea externă este alcătuită din pavilionul urechii şi conductul auditiv extern. *Pavilionul* este constituit în principal din ţesut cartilaginos acoperit de tegument şi are o consistenţă fermă, elastică. Marginea sa exterioară curbată şi proeminentă se numeşte *helix*. Paralel cu helixul şi anterior de el se află o altă proeminenţă curbată, numită *antehelix*. Inferior se găseşte porţiunea cărnoasă a



pavilionului urechii, numită *lobul* urechii. Conductul auditiv extern se deschide în spatele *tragusului*, o proeminență nodulară orientată posterior și situată în dreptul intrării în conductul auditiv.

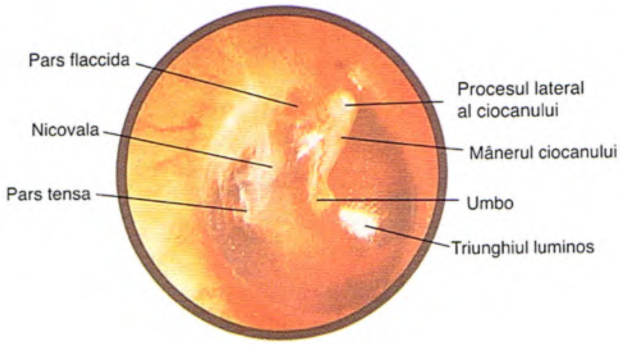
Conductul auditiv extern se curbează în interior și are o lungime de aproximativ 24 mm. Partea sa externă este înconjurată de cartilaj. În această porțiune, tegumentul prezintă foliculi piloși și glande care secretă cerumen (ceară). Partea internă a conductului auditiv extern este înconjurată de os și căptușită cu tegument



subțire, lipsit de foliculi piloși. Presiunea aplicată la acest nivel cauzează durere – de reținut atunci când efectuați examenul clinic al urechii.

La capătul conductului auditiv se găsește *membrana timpanică*, sau timpanul, care delimitează lateral urechea medie. *Urechea medie* este o cavitate plină cu aer, unde sunetele sunt transmise prin intermediul a trei oase mici, numite *oscioarele auditive*. Urechea medie este conectată cu nazofaringele prin intermediul *trompei lui Eustachio*.

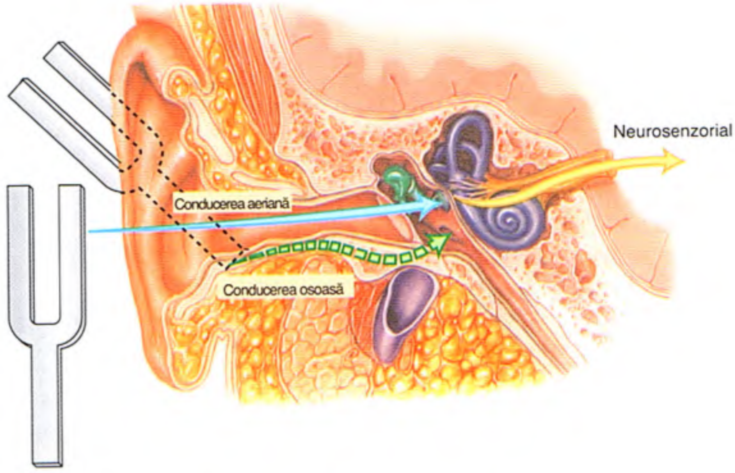
Timpanul este o membrană oblică al cărei centru este tracționat spre interior de către *ciocan*, unul dintre cele trei oscioare auditive. Identificați *mânerul* și *procesul lateral* al ciocanului, cele două repere principale. De la nivelul zonei denumită *umbo*, unde timpanul este în contact cu vârful ciocanului, începe *triunghiul luminos* al lui Politzer, cu vârful în umbo și orientare oblică antero-inferioară. Superior de procesul lateral al ciocanului se găsește o mică porțiune a membranei timpanice denumită *pars flaccida*. Restul membranei timpanice constituie *pars tensa*. Pliurile anterior și posterior ale ciocanului, care se extind de la procesul lateral în direcție oblic-ascendentă, separă pars flaccida de pars tensa, fiind de obicei invizibile, cu excepția cazului în care timpanul este retractat. Cel de-al doilea oscior, *nicovala*, poate fi uneori observat prin transparența membranei timpanice.



TIMPANUL DREPT

Mare parte din urechea medie şi întreaga ureche internă sunt inaccesibile examinării directe. Se pot face însă unele aprecieri pe baza testării funcţiei auditive.

Căile auditive. Vibraţiile sonore traversează aerul de la nivelul urechii externe, fiind transmise prin intermediul timpanului şi oscioarelor urechii medii către *cohlee*, o componentă a urechii interne. Cohleea captează şi codifică aceste vibraţii, iar impulsurile nervoase rezultate sunt transmise către creier pe calea nervului cohlear. Prima parte a acestei căi – de la urechea externă prin urechea medie – este cunoscută ca faza de *transmisie (sau de conducere)*, iar lezarea căii determină *surditate de transmisie*. Cea de-a doua parte a căii, care include cohleea şi nervul cohlear, constituia faza *neurosenzorială*; o leziune la acest nivel determină *surditate neurosenzorială*.



Conducerea aeriană descrie prima fază a căii auditive normale. Există şi o cale alternativă, *conducerea osoasă*, care scurtcircuitează urechea externă şi medie şi poate fi folosită în scop diagnostic. Un diapazon plasat pe capul pacientului transmite mişcarea vibratorie oaselor craniene, stimulând direct cohleea. În mod normal, conducerea aeriană este mai sensibilă decât cea osoasă.

Echilibrul. Labirintul din structura urechii interne percepe informaţiile referitoare la poziţia şi mişcările capului şi contribuie la menţinerea echilibrului.

Tehnici de examinare

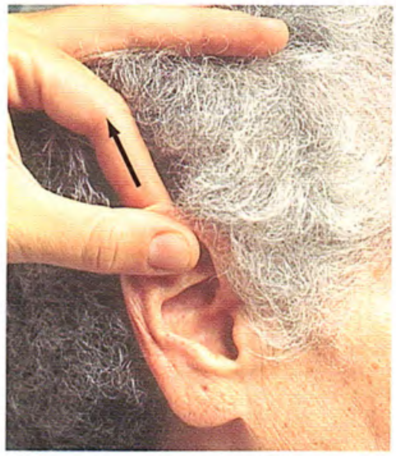
Pavilionul urechii. Inspectaţi pavilionul urechii şi ţesuturile înconjurătoare pentru deformări, noduli sau leziuni cutanate.

Vezi Planşa 7-19, Noduli auriculari sau periauriculari (pag. 268).

Dacă există otalgie, otoreee sau inflamaţie, mişcaţi pavilionul în sus şi în jos, apăsaţi pe tragus, şi apăsaţi ferm în spatele urechii.

Mişcarea pavilionului şi a tragusului este dureroasă în *otita externă* acută (inflamaţia conductului auditiv extern), însă nu şi în *otita medie* (inflamaţia urechii medii). Sensibilitatea regiunii retroauriculare poate fi prezentă în *otita medie.*

Conductul auditiv extern şi timpanul. Pentru a vizualiza conductul auditiv extern şi timpanul, folosiţi un otoscop cu cel mai mare specul auricular pe care îl permite dimensiunea conductului auditiv. Aşezaţi capul pacientului astfel încât să puteţi vedea confortabil prin instrument. Pentru a îndrepta canalul auditiv extern, tracţionaţi pavilionul ferm dar cu blândeţe în sens supero-posterior, apoi îndepărtându-l uşor de cap.



Ţinând mânerul otoscopului între police şi celelalte degetele, sprijiniţi-vă mâna de faţa pacientului. În acest fel, mâna şi instrumentul vor urma mişcările neaşteptate ale pacientului. (Dacă nu vă este la îndemână schimbarea mâinilor pentru urechea stângă, aşa cum este indicat mai jos, puteţi tracţiona urechea respectivă supero-posterior cu mâna stângă, sprijinind mâna dreaptă în care aveţi otoscopul pe capul pacientului, în spatele urechii).

Introduceţi speculul uşor în conductul auditiv extern, ghidându-l în jos şi înainte, printre firele de păr.

Tumefacţia nodulară nedureroasă acoperită de tegument cu aspect normal, prezentă în profunzimea conductului auditiv extern, sugerează *exostoze*. Acestea sunt proliferări benigne, care pot împiedica vizualizarea timpanului.

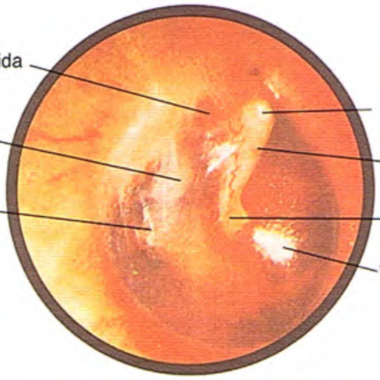






Examinați conductul auditiv extern, observând orice secreție, corp străin, eritem sau tumefacție. Cerumenul, a cărui culoare și consistență poate varia de la galben și pufos până la maron și lipicios, sau de culoare mai închisă și consistență dură, poate împiedica parțial sau complet examinarea.

În *otita externă acută*, ilustrată mai jos, canalul este edemațiat, îngustat, moale, palid și dureros. Poate fi eritematos.



TIMPANUL DREPT



În *otita externă cronică*, tegumentul canalului auditiv este îngroșat, eritematos și pruriginos.

Inspectați timpanul, observându-i culoarea și conturul. Triunghiul luminos – de obicei ușor de văzut – vă ajută să vă orientați.

Timpan bombat și eritematos în *otita medie* acută purulentă[10]; timpan de culoarea chihlimbarului în otita seroasă. Vezi Planșa 7-20, Anomalii ale timpanului (pag. 269-270).

Identificați *mânerul ciocanului*, observându-i poziția, precum și *procesul lateral al ciocanului*.

Un proces lateral neobișnuit de proeminent și un mâner al ciocanului proeminent care pare orizontalizat sugerează retracția membranei timpanice.

Mișcați cu blândețe speculul astfel încât să vedeți o parte cât mai mare din timpan, inclusiv *pars flaccida* superior și marginile *pars tensa*. Căutați posibile perforații. Vizualizarea marginilor anterioară și inferioară ale timpanului poate fi împiedicată de curbura peretelui conductului auditiv extern.

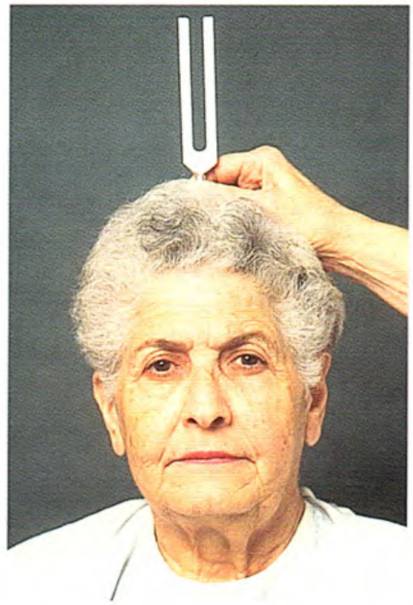
Mobilitatea timpanului poate fi evaluată cu ajutorul unui otoscop pneumatic.

Mobilitatea poate fi redusă de procese precum otita seroasă, membrana timpanică îngroșată sau *otita medie* purulentă.

Acuitatea auditivă. Pentru a evalua funcția auditivă, testați fiecare ureche, pe rând. Cereți pacientului să-și acopere o ureche cu un deget sau, sau mai bine, acoperiți-o chiar voi. Când acuitatea auditivă este diferită pentru fiecare ureche, mișcați rapid, dar ușor, degetul în canalul auditiv extern obstruat. Zgomotul produs astfel previne intervenția compensatorie a urechii acoperite, care altfel ar prelua rolul urechii pe care doriți să o testați. Apoi, stând la o distanță de 30-60 cm de pacient, realizați o expirație completă (astfel încât să vă reduceți la minim intensitatea vocii) și șoptiți încet către urechea neacoperită. Alegeți numere sau alte cuvinte cu două silabe egal accentuate, cum ar fi "nouă-patru" sau "baschet". Dacă este necesar, creșteți treptat intensitatea vocii: șoaptă medie, șoaptă tare, apoi voce încetă, medie și tare. Pentru a vă asigura că pacientul nu poate citi pe buze, acoperiți-vă gura, sau acoperiți ochii pacientului.

Conducerea aeriană și cea osoasă. Dacă auzul este diminuat, *încercați să diferențiați surditatea de transmisie de cea neurosenzorială*. Aveți nevoie de o

cameră în care să fie linişte şi de un diapazon, preferabil de 512 Hz, dar poate fi folosit şi cel de 1024 Hz. Aceste frecvenţe fac parte din intervalul corespunzător vorbirii umane (de la 300 la 3000 Hz) – cel mai important interval din punct de vedere funcţional. Diapazoanele cu frecvenţă mai mică pot duce la o supraestimare a conducerii osoase şi pot fi percepute sub formă de vibraţii.



Imprimaţi o vibraţie uşoară diapazonului, lovindu-l scurt cu indexul –⇄ sau de articulaţiile degetelor.

- *Testul lateralizării* (proba Weber). Aşezaţi ferm diapazonul în vibraţie uşoară pe vertexul pacientului sau la jumătatea frunţii.

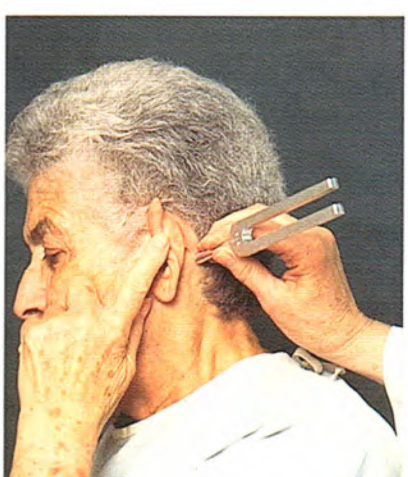
  Întrebaţi pacientul unde aude sunetul: unilateral sau bilateral? În mod normal, sunetul este perceput pe linia mediană sau în mod egal la nivelul ambelor urechi. Dacă pacientul nu aude nimic, încercaţi din nou, apăsând mai ferm diapazonul pe capul pacientului. Deoarece pacienţii cu auz normal pot prezenta lateralizare, acest test ar trebui aplicat numai celor cu tulburări ale funcţiei auditive.

În *surditatea de transmisie* unilaterală, sunetul este auzit de (lateralizat în) urechea afectată. Cauzele vizibile includ *otita medie acută*, perforaţia membranei timpanice şi obstrucţia canalului auditiv extern, de exemplu prin cerumen. Vezi Planşa 7-21, Tipuri de surditate (pag. 271).

În *surditatea neurosenzorială* unilaterală, sunetul este auzit de urechea neafectată.

- *Testul de comparare a conducerii aeriene (CA) cu cea osoasă (CO) (proba Rinne).* Aşezaţi diapazonul în vibraţie uşoară pe procesul mastoid, retroauricular şi la acelaşi nivel cu conductul auditiv extern. Atunci când pacientul nu mai aude sunetul, plasaţi rapid diapazonul în dreptul conductului auditiv extern şi verificaţi dacă sunetul mai poate fi auzit. "U"-ul diapazonului trebuie să fie orientat anterior pentru a maximiza intensitatea sunetului perceput de pacient. În mod normal, sunetul este auzit mai mult timp prin mediu aerian decât prin mediu osos (CA > CO).

În *surditatea de transmisie* sunetul este auzit prin os pe o perioadă mai mare sau egală cu cea în care este auzit prin aer (CO = CA sau CO > CA). În *surditatea neurosenzorială* sunetul este auzit mai mult timp prin aer (CA > CO).





NASUL ȘI SINUSURILE PARANAZALE

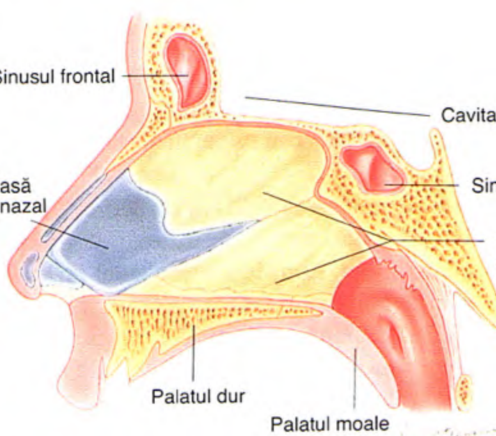
Anatomie și fiziologie

Recapitulaţi termenii folosiţi pentru descrierea anatomiei externe a nasului.



Treimea superioară a nasului este susţinută de ţesut osos, iar cele două treimi inferioare de ţesut cartilaginos. Aerul pătrunde în cavitatea nazală prin cele două *orificii narinare*, trece apoi într-o zonă mai largă numită *vestibul* şi mai departe printr-o porţiune de trecere mai îngustă către nazofaringe.

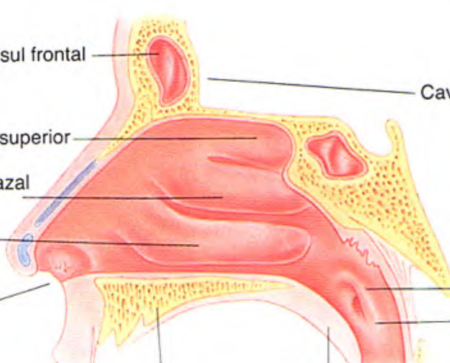
Peretele medial al fiecărei fose nazale este reprezentat de *septul nazal*, care, la fel ca partea exterioară a nasului, este format atât din os cât şi din cartilaj. Acesta este acoperit de o mucoasă bogat vascularizată. Spre deosebire de restul fosei nazale, vestibulul este căptuşit cu tegument păros, nu cu mucoasă.



PERETELE MEDIAL – FOSA NAZALĂ STÂNGĂ (MUCOASA ÎNDEPĂRTATĂ)

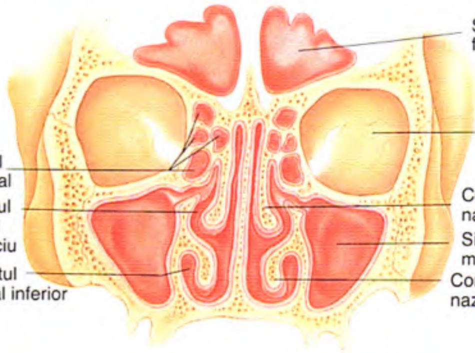
În regiunea laterală structurile anatomice sunt mai complexe. *Cornetele nazale* sunt lame osoase curbate care proemină în fosele nazale şi sunt acoperite de o mucoasă bogat vascularizată. Inferior de fiecare cornet se găseşte câte un şanţ, sau un meat, denumit în funcţie de cornetul situat deasupra lui. Canalul nazo-lacrimal se deschide în meatul inferior; în meatul mijlociu drenează majoritatea sinusurilor paranazale. De obicei deschiderile acestora nu sunt vizibile.

Suprafaţa suplimentară furnizată de cornetele nazale şi de mucoasa care le acoperă contribuie la îndeplinirea principalelor funcţii ale foselor nazale: purificarea, umidificarea şi reglarea temperaturii aerului inspirat.

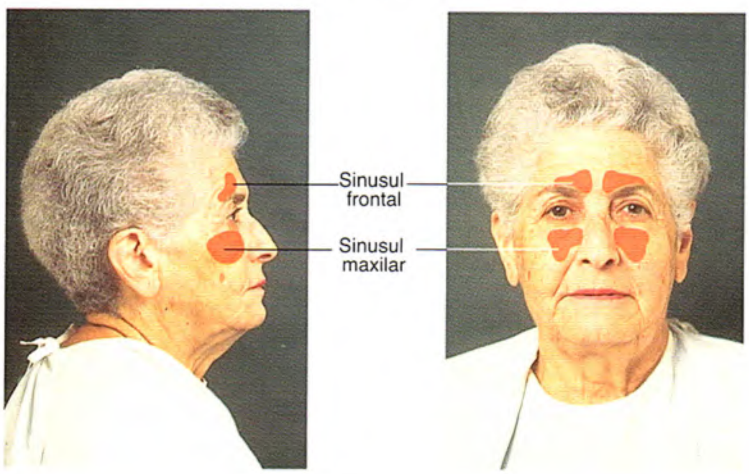


PERETELE LATERAL – FOSA NAZALĂ

Sinusurile paranazale sunt cavități pline cu aer situate în interiorul oaselor craniene. Ca și fosele nazale în care își drenează produsul de secreție, sinusurile sunt căptușite de mucoasă. Localizarea lor este redată schematic mai jos. Singurele care sunt ușor accesibile examenului clinic sunt sinusurile frontale și cele maxilare.



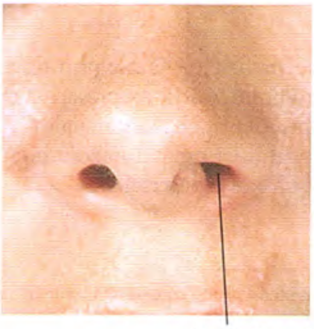
SECȚIUNE CORONALĂ PRIN FOSA NAZALĂ – VEDERE ANTERIOARĂ



Tehnici de examinare

Inspectați suprafețele anterioară și inferioară ale nasului. Comprimați cu blândețe vârful nasului cu policele, manevră care lărgește orificiile narinare, și inspectați cu lumina lanternei sau a otoscopului interiorul fiecărui *vestibul* nazal, care poate fi vizualizat parțial. Dacă vârful nasului este sensibil sau dureros, examinarea trebuie să fie blândă, mobilizând cât mai puțin nasul.

Sensibilitatea la nivelul vârfului nasului sau aripilor nazale sugerează un proces infecțios local, de exemplu un furuncul.



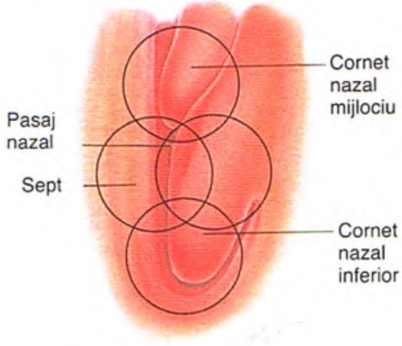
Observați orice asimetrii sau deformări ale nasului.

Verificați prezența obstrucției nazale, dacă este cazul: comprimați fiecare aripă nazală pe rând și cereți pacientului să inspire.

Inspectaţi interiorul cavităţilor nazale cu ajutorul unui otoscop şi cu cel mai mare specul auricular disponibil.‡ Aplecaţi uşor capul pacientului pe spate şi inseraţi speculul cu blândeţe în vestibulul fiecărei nări, evitând atingerea septului nazal sensibil. Ţineţi mânerul otoscopului de o parte a nasului, pentru a evita bărbia şi a ameliora mobilitatea în timpul examinării. Orientaţi speculul posterior şi apoi superior, avansând puţin câte puţin, şi încercaţi să vizualizaţi cornetele nazale inferioare şi pe cele mijlocii, septul nazal şi canalul nazal îngust dintre acestea. Prezenţa unui oarecare grad de asimetrie între cele două părţi este normală.

Deviaţia porţiunii inferioare a septului nazal este frecventă şi poate fi uşor observată. Deviaţia este rareori o cauză de obstrucţie a fluxului aerian nazal.





Observaţi aspectul mucoasei nazale, al septului nazal şi orice posibile anomalii.

- Porţiunea *mucoasei nazale* care acoperă septul şi cornetele nazale. Observaţi culoarea acesteia, sau dacă există tumefacţii, hemoragii sau secreţii. Dacă secreţiile sunt prezente determinaţi tipul acestora: seros, muco-purulent sau purulent. În mod normal mucoasa nazală este relativ mai roşie decât cea orală.

În *rinita virală* mucoasa este eritematoasă şi tumefiată; în *rinita alergică* ea poate avea aspect palid, albăstrui sau eritematos.

- *Septul nazal.* Observaţi orice deviere, inflamaţie sau perforaţie a septului. Porţiunea antero-inferioară a septului (până unde poate ajunge degetul pacientului) este o sursă uzuală de *epistaxis* (hemoragie nazală).

Poate fi observată prezenţa de sânge proaspăt sau cruste. Cauzele perforaţiei de sept includ traumatismele, intervenţiile chirurgicale şi administrarea intranazală de cocaină sau amfetamine.

- Orice *modificări patologice* de tipul polipilor sau ulceraţiilor.

Polipii sunt mase palide, semitranslucide, având de obicei originea în meatul mijlociu. Ulceraţiile pot fi rezultatul administrării intranazale de cocaină.

Inspecţia foselor nazale prin rinoscopie anterioară este de obicei limitată la nivelul vestibulului, părţii anterioare a septului şi cornetelor nazale inferioare şi mijlocii. Pentru depistarea anomaliilor localizate posterior este necesară inspectarea cu ajutorul unei oglinzi nazofaringiene. Această tehnică depăşeşte graniţele cărţii de faţă şi nu este descrisă aici.

‡ Poate fi folosită şi o sursă de iluminare nazală, echipată cu un specul nazal scurt şi larg, dar în absenţa puterii de mărire a otoscopului structurile vor apărea mult mai mici. Medicii otorinolaringologi folosesc dispozitive speciale, care nu sunt accesibile pe scară largă.

Trebuie să vă obişnuiţi să aşezaţi speculele nazale sau auriculare în afara trusei de instrumente după folosire, urmând apoi să le aruncaţi sau să le curăţaţi şi dezinfectaţi în mod adecvat (în funcţie de normele instituţiei în care lucraţi).

Palpaţi punctele sinusale pentru a decela *sensibilitatea*. Palpaţi zona *sinusurilor frontale* de sub arcadele osoase sprâncenoase, evitând comprimarea globilor oculari. Apoi comprimaţi zona din dreptul *sinusurilor maxilare*.



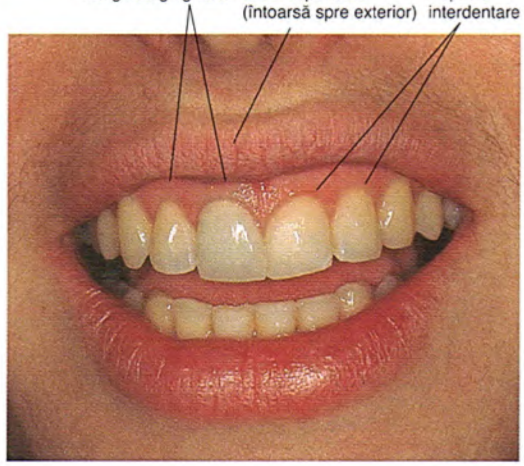


Sensibilitatea locală, asociată cu simptome ca durerea, febra şi rinoreea, sugerează *sinuzită acută* a sinusurilor frontale sau maxilare.[12-14] Transiluminarea sinusurilor poate contribui la stabilirea diagnosticului. Pentru detalii legate de această tehnică, vezi pag. 244-245.

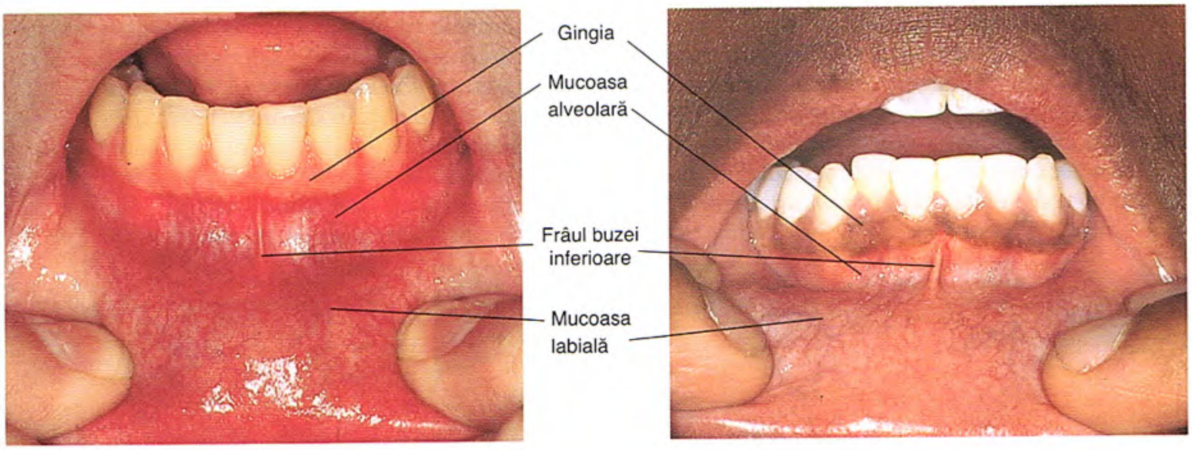
CAVITATEA BUCALĂ ȘI FARINGELE

Anatomie și fiziologie

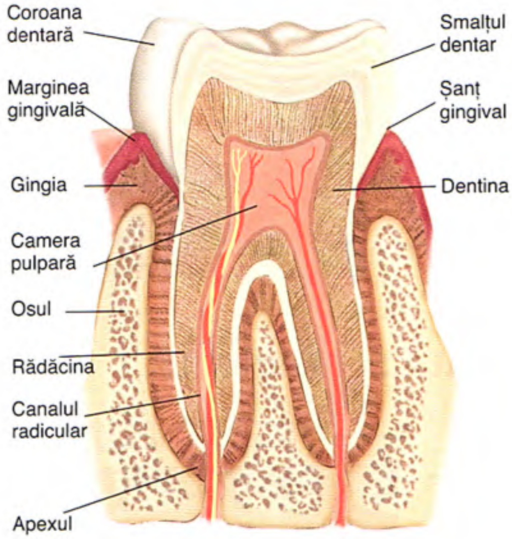
Buzele sunt structuri musculare care înconjoară orificiul bucal. Atunci când acestea sunt deschise, gingiile şi dinţii devin vizibili. Observaţi forma ondulată a *marginii gingivale* şi *papilele interdentare*.



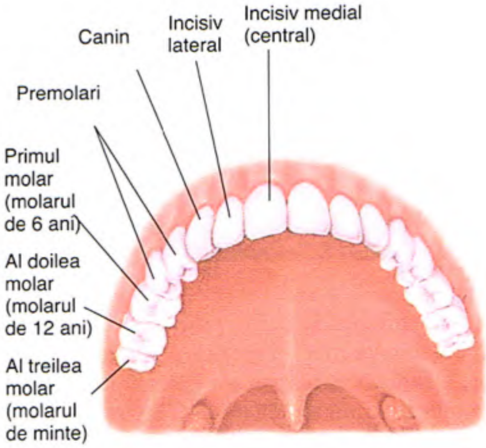
Gingia aderă ferm la suprafaţa dinţilor şi la osul maxilar, respectiv mandibular, în care sunt implantaţi aceştia. La persoanele cu fototip mai deschis mucoasa gingivală este palidă sau de culoare roz corai şi uşor pătată. La cei cu fototip mai închis aceasta poate avea tentă maronie difuză sau parţială, aspect redat în pagina următoare. *Frâul buzei (frenulum)*, situat pe linia mediană, este o plică mucoasă care leagă fiecare buză de gingie. *Şanţul gingival* superficial situat între marginea subţire a gingiilor şi fiecare dinte nu este uşor de observat (însă este sondat şi măsurat de stomatologi). *Mucoasa alveolară* se găseşte în imediata vecinătate a mucoasei gingivale, şi se uneşte cu *mucoasa labială* a buzelor.



Fiecare dinte, alcătuit în principal din dentină, este implantat într-o alveolă osoasă, singura parte expusă fiind coroana acoperită de smalţul dentar. Vasele sanguine mici şi nervii pătrund în interiorul dintelui prin apexul acestuia şi au traiect în canalul radicular şi în camera pulpară.

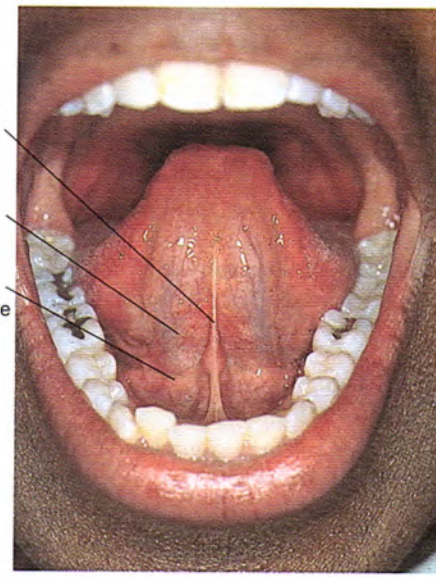


Observaţi termenii prin care sunt denumiţi cei 32 de dinţi ai unui adult, câte 16 la nivelul fiecărei arcade.



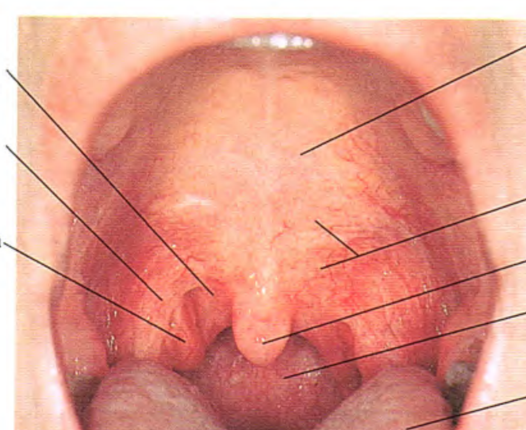
Faţa dorsală *a limbii* este acoperită de papile gustative care îi conferă o consistenţă rugoasă. Unele dintre papile au aspectul unor puncte roşii, contrastând cu pelicula subţire albicioasă care acoperă adesea limba. Faţa ventrală a limbii nu prezintă papile. Observaţi *frâul limbii (frenulum linguae)* situat pe linia mediană care leagă limba de planşeul bucal. *Ductele glandelor submandibulare* (ductele Wharton) au traiect antero-medial la baza limbii. Ele se deschid la nivelul unor papile situate de o parte şi de alta a frâului limbii.



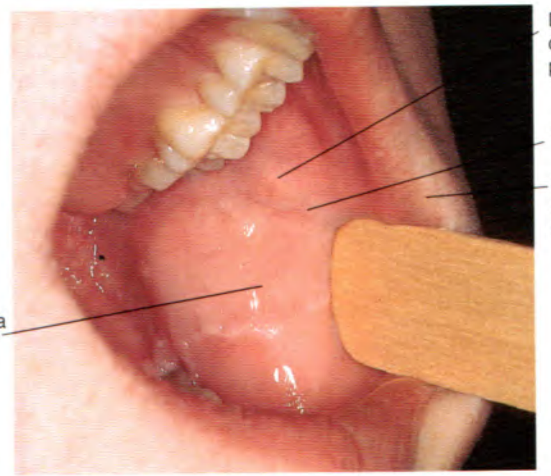


Supero-posterior de limbă se găseşte o arcadă constituită din *pilierii anterior (arcul palatoglos)* şi *posterior (arcul palatofaringian)*, *palatul moale* şi *uvula*. La nivelul palatului moale se observă o reţea constituită din vase sanguine de calibru mic. *Faringele* este vizibil în recesul situat posterior de limbă şi palatul moale.

În fotografia alăturată puteţi observa amigdala palatină dreaptă care proemină în afara *fosei amigdaliene*, între pilierul anterior şi cel posterior. La adulţi, amigdalele palatine sunt adesea de dimensiuni mici sau absente, ca în fosa amigdaliană stângă goală din imagine.



Mucoasa jugală căptușește obrajii. *Ductul parotidian* de fiecare parte, denumit și *ductul Stensen*, se deschide în mucoasa jugală în vecinătatea celui de-al doilea molar superior. Deschiderea ductului este marcată de prezența unei mici papile proprii.



Tehnici de examinare

Dacă pacientul poartă proteză dentară oferiți-i un șervețel de hârtie și cereți-i să îndepărteze proteza, astfel încât să puteți observa mucoasa de dedesubt. Dacă observați noduli sau ulcerații suspecte folosiți o pereche de mănuși și palpați-le, acordând atenție sporită îngroșărilor sau infiltrării tisulare care ar putea sugera un proces malign.

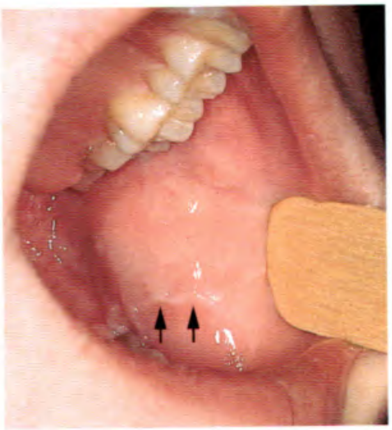
Culoare roșie intensă și edemațierea mucoasei de sub proteza dentară sugerează iritație cauzată de purtarea protezei. Pot fi observate ulcerații și țesut de granulație.

Inspectați următoarele:

Buzele. Observați culoarea și gradul de hidratare și identificați orice tumori, ulcerații, fisuri sau descuamație.

Cianoză, paloare. Vezi Planșa 7-22, Anomalii ale buzelor (pag. 272-273).

Mucoasa orală. Inspectați cavitatea bucală a pacientului cu ajutorul unei surse luminoase și al unui apăsător de limbă, observând culoarea mucoasei, posibile ulcerații, placarde albicioase sau noduli. Linia albă ondulată de la nivelul mucoasei jugale din imagine a apărut în dreptul zonei de întâlnire a arcadei dentare superioare cu cea inferioară. Poate fi determinată sau intensificată de iritația rezultată din sucțiune sau masticație.



Acest pacient prezintă o *ulcerație aftoasă* a mucoasei labiale.



Vezi Planșa 7-23, Modificări ale faringelui, palatului și mucoasei orale (pag. 274-276).

Dinții și gingiile. Observați culoarea gingiilor, care în mod normal este roz. La pacienții de culoare, dar nu numai, pot fi prezente pete maronii.

Eritem în *gingivită*; dungă negricioasă în *intoxicația cu plumb*

Inspectați marginea gingivală și papilele interdentare pentru tumefacții sau ulcerații.

Papile interdentare tumefiate în *gingivită*. Vezi Planșa 7-24, Modificări ale dinților și gingiilor (pag. 277-278).

Inspectaţi dinţii. Există dinţi lipsă, cu anomalii de coloraţie, formă sau implantare? Cu mâna în mănuşă puteţi verifica dacă există vreun grad de mobilitate al dinţilor cu ajutorul policelui şi al indexului.

Plafonul cavităţii bucale. Inspectaţi culoarea şi arhitectura palatului dur.

Torus palatin, o tumoră benignă situată pe linia mediană (vezi pag. 275)

Limba şi planşeul cavităţii bucale. Cereţi pacientului să scoată limba. Verificaţi simetria – manevră care oferă informaţii despre funcţia nervului hipoglos (NC XII).

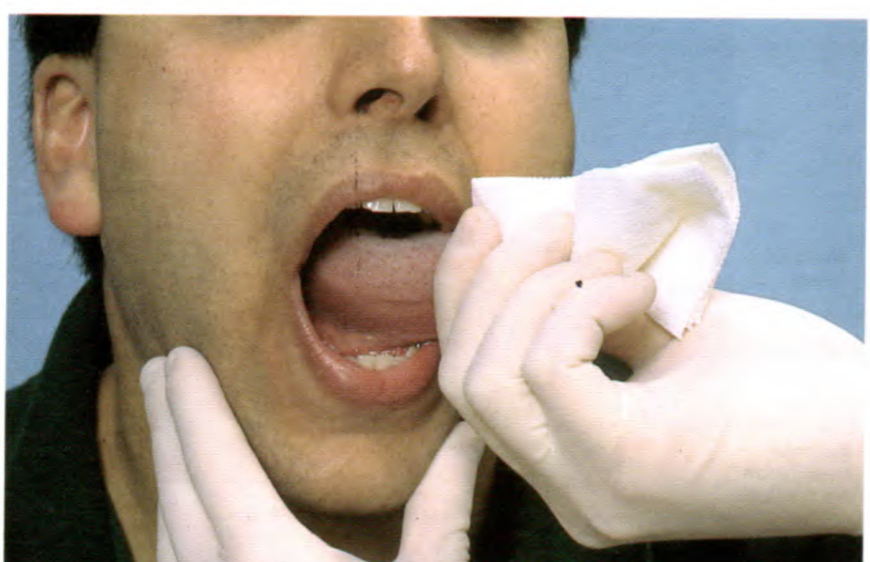
Observaţi culoarea şi textura feţei dorsale a limbii.



Asimetria observată la protruzia limbii sugerează o leziune de NC XII, ca în imaginea de mai jos.

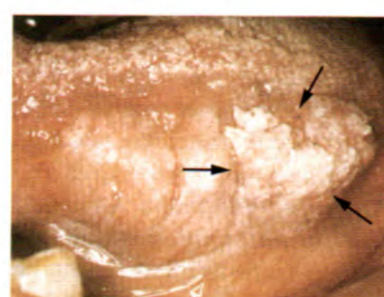


Inspectaţi marginile şi faţa ventrală a limbii şi planşeul cavităţii bucale. Acestea sunt zonele unde apar cel mai frecvent neoplaziile. Atenţie la orice zone albe sau eritematoase, noduli sau ulceraţii. Se recomandă palparea, deoarece cancerul de limbă este mai frecvent la bărbaţii de peste 50 de ani, mai ales la fumători şi consumatorii cronici de băuturi alcoolice.[22] Explicaţi-i pacientului ce aveţi de gând să faceţi şi folosiţi mănuşi pentru examinare. Cereţi pacientului să scoată limba. Cu mâna dreaptă prindeţi vârful limbii cu ajutorul unei comprese sterile şi tracţionaţi-o uşor spre stânga pacientului. Inspectaţi marginile laterale ale limbii, apoi palpaţi cu mâna stângă înmănuşată, încercând să decelaţi orice zone indurate (întărite).[22] Repetaţi procedura pentru cealaltă parte.



Cancerul de limbă este a doua neoplazie a cavităţii bucale, din punct de vedere al frecvenţei, fiind depăşit doar de cancerul buzelor. Orice nodul sau ulceraţie, de culoare albă sau roşie, cu caracter persistent, trebuie să ridice suspiciunea de neoplazie. Induraţia leziunii creşte probabilitatea de cancer. Cel mai frecvent, cancerul se dezvoltă la nivelul marginilor laterale ale limbii, următoarea localizare din punct de vedere al frecvenţei fiind baza limbii.

Carcinom localizat pe marginea laterală stângă a limbii:

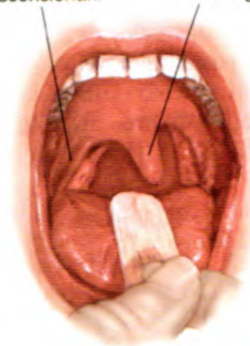


(Fotografie retipărită cu acordul New England Journal of Medicine, 328:186, 1993 – săgeţi adăugate)

Vezi Planşa 7-25, Modificări la nivelul limbii sau sublingual (pag. 279-280).

Faringele. În timp ce pacientul ține gura deschisă dar fără protruzia limbii, cereți-i să spună „Aaa..." sau să caște. Această manevră vă permite să observați mai bine faringele. În caz contrar, folosiți un apăsător de limbă cu care comprimați ferm limba pe linia mediană – apăsătorul trebuie să ajungă suficient de departe posterior pentru a vă permite o bună vizualizare a faringelui, dar nu atât de departe încât să declanșeze reflexul de vărsătură. În același timp, cereți pacientului să spună „Aaa..." sau să caște. Observați ascensionarea palatului moale – un test al funcției NC X (nervul vag).

În paralizia NC X palatul moale nu se ridică, iar uvula deviază de partea opusă.



Inspectați palatul moale, pilierii anteriori și posteriori, uvula, amigdalele palatine și faringele. Observați culoarea și simetria acestor structuri și căutați secreții, tumefacții, ulcerații sau mărirea amigdalelor. Dacă se poate, palpați orice leziune suspectă pentru a decela indurație sau sensibilitate. Amigdalele palatine prezintă cripte, sau invaginații profunde ale epiteliului scuamos. La nivelul acestor cripte pot fi observate uneori pete albe determinate de epiteliul normal în curs de descuamare.

Vezi Planșa 7-23, Modificări ale faringelui, palatului și mucoasei orale (pag. 274-276).

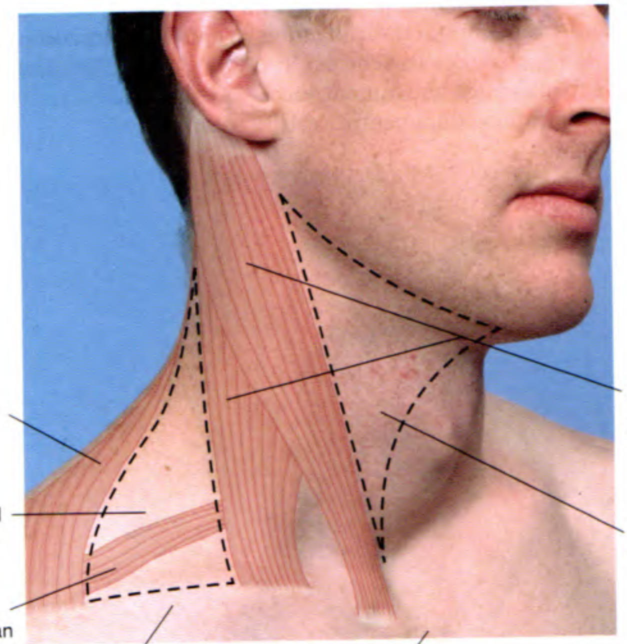
Aruncați apăsătorul de limbă după folosire.

GÂTUL

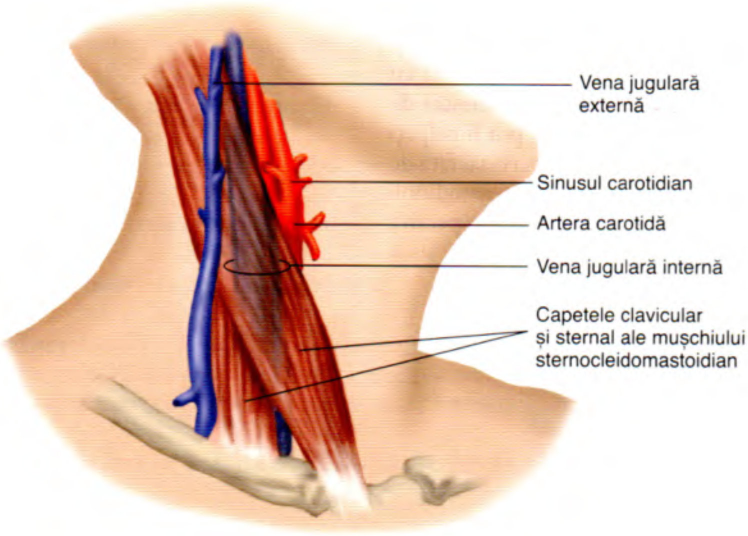
Anatomie și fiziologie

În scop descriptiv împărțiți fiecare parte a gâtului în două zone triunghiulare separate de mușchiul sternocleidomastoidian. Laturile celor două triunghiuri sunt reprezentate de:

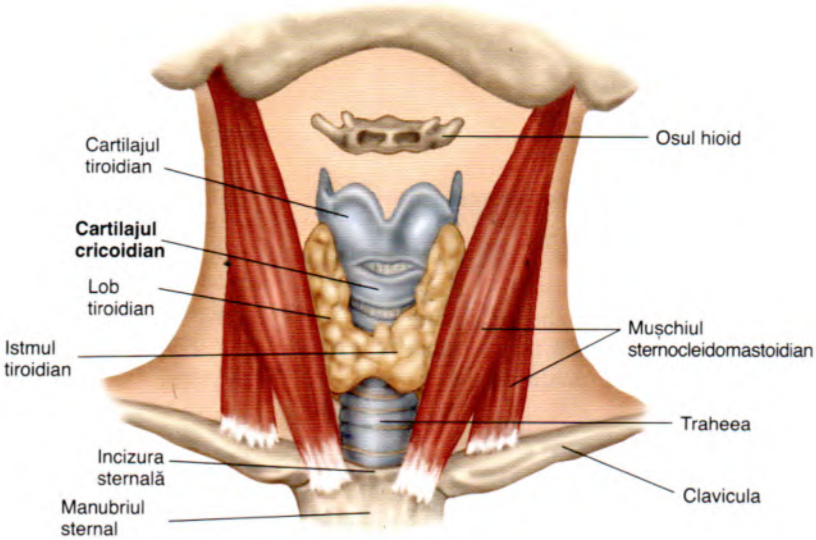
- Pentru *triunghiul anterior*: mandibula superior, mușchiul sternocleidomastoidian lateral și linia mediană a gâtului medial.
- Pentru *triunghiul posterior*: mușchiul sternocleidomastoidian, mușchiul trapez și clavicula. Observați că o porțiune a mușchiului omohioidian încrucișează partea inferioară a acestui triunghi, putând fi confundată cu un ganglion limfatic sau o tumoră.



Vasele mari. Profund de planul mușchilor sternocleidomastoidieni trec vasele sanguine mari ale regiunii cervicale: *arteră carotidă* și *vena jugulară internă*. *Vena jugulară externă* are un traiect oblic, superficial de mușchiul sternocleidomastoidian, fiind utilă în determinarea presiunii venoase jugulare (vezi pag. 349-351).

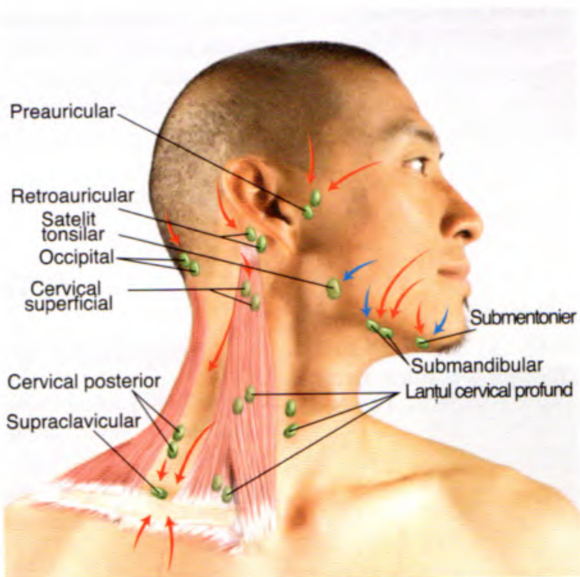


Structuri situate pe linia mediană și glanda tiroidă. În continuare, identificați următoarele structuri situate pe linia mediană: (1) *osul hioid* mobil, imediat inferior de mandibulă, (2) *cartilajul tiroidian*, ușor de identificat datorită incizurii de la nivelul marginii sale superioare, (3) *cartilajul cricoidian*, (4) *inelele traheale* și (5) *glanda tiroidă*.



Istmul glandei tiroide este situat anterior de trahee, inferior de cartilajul cricoidian. Lobii tiroidieni situaţi lateral descriu o traiectorie curbă spre posterior, mulându-se pe laturile traheei şi esofagului. Cu excepţia porţiunii mediane, tiroida este acoperită de benzi musculare subţiri. Dintre muşchii care acoperă tiroida, doar sternocleidomastoidienii sunt vizibili. Glanda tiroidă are dimensiuni mai mari şi este mai accesibilă palpării la femei decât la bărbaţi.

Ganglionii limfatici. *Ganglionii limfatici* ai capului şi gâtului au fost clasificaţi în diferite moduri. Una dintre aceste clasificări este redată mai jos, împreună cu direcţiile drenajului limfatic. Lanţul cervical profund este în mare parte mascat de muşchii sternocleidomastoidieni supraiacenţi, dar la extremităţile lor pot fi palpaţi ganglionii supraclaviculari. Ganglionii submandibulari sunt situaţi superficial faţă de glanda submandibulară, de care trebuie deosebiţi. În mod normal, ganglionii limfatici sunt rotunzi sau ovoidali, netezi şi de dimensiune mai mică decât respectiva glandă. Glanda submandibulară este mai mare şi are suprafaţă lobulată, uşor neregulată (vezi pag. 233).



Observaţi că la nivelul ganglionilor limfatici tonsilari, submandibulari şi submentonieri drenează atât cavitatea bucală şi faringele (parţial) cât şi regiuni ale feţei.

Cunoaşterea sistemului limfatic este importantă: dacă observaţi o leziune neoplazică sau una inflamatorie, verificaţi implicarea ganglionilor limfatici regionali care drenează zona respectivă; iar dacă observaţi un ganglion limfatic mărit sau sensibil, căutaţi o cauză, de exemplu un proces infecţios în regiunea drenată de acesta.

Tehnici de examinare

Inspectaţi regiunea cervicală, observând simetria şi orice mase tumorale sau cicatrici. Verificaţi dacă parotida sau glandele submandibulare sunt mărite şi dacă există vreun ganglion limfatic vizibil.

O cicatrice de la o intervenţie chirurgicală anterioară asupra tiroidei este un indiciu cu privire la boli tiroidiene neluate în calcul.

Ganglionii limfatici. *Palpaţi ganglionii limfatici.* Cu ajutorul vârfurilor degetelor 2 şi 3 (indexul şi degetul mijlociu) mobilizaţi tegumentul supraiacent fiecărei zone examinate. Pacientul trebuie să fie relaxat, cu gâtul uşor flectat anterior şi la nevoie spre partea examinată. De obicei puteţi examina ambele părţi în acelaşi timp. Totuşi, pentru ganglionul submentonier, palpaţi cu o singură mână în timp ce fixaţi capul pacientului cu cealaltă.

Palparea ganglionilor limfatici se face în ordinea următoare:

1. *Preauricular* – anterior de ureche

2. *Retroauricular* – superficial faţă de procesul mastoid

3. *Occipital* – la baza craniului, posterior

4. *Satelit tonsilar* – la unghiul mandibulei

5. *Submandibular* – la jumătatea distanţei dintre unghiul mandibulei şi protuberanţa mentală. Aceşti ganglioni limfatici sunt de obicei mai mici, cu o suprafaţă mai netedă comparativ cu glanda submandibulară lobulată în dreptul căreia sunt situaţi.

6. *Submentonier* – pe linia mediană, la câţiva centimetri posterior de protuberanţa mentală

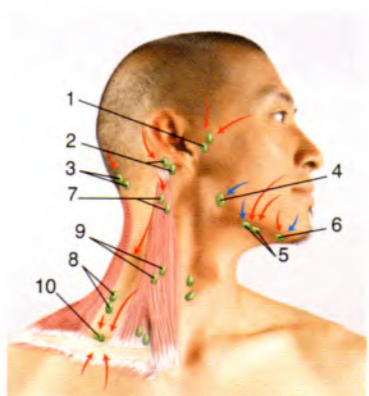
7. *Cervical superficial* – superficial de muşchiul sternocleidomastoidian

8. *Cervical posterior* – de-a lungul marginii anterioare a muşchiului trapez

9. *Lanţul cervical profund* – profund de muşchiul sternocleidomastoidian şi adesea inaccesibil examenului clinic. Prindeţi laturile muşchiului sternocleidomastoidian între police şi restul degetelor pentru a-i găsi.

10. *Supraclavicular* – profund, în unghiul format de clavicula şi sternocleidomastoidian

Un „ganglion satelit tonsilar" care pulsează este de fapt artera carotidă. Un „ganglion satelit tonsilar" mic, dur şi sensibil, situat profund şi superior între mandibulă şi sternocleidomastoidian este probabil un proces stiloid.



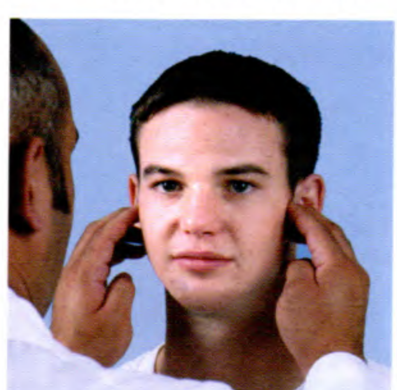
Drenajul limfatic superficial
Drenajul limfatic profund (e.g. de la cavitatea bucală şi faringe)

Observaţi dimensiunea, forma, delimitarea de structurile din jur (ganglioni individualizaţi sau aderenţi în mase), mobilitatea, consistenţa şi orice sensibilitate a acestor limfoganglioni. Ganglionii mici, mobili, neaderenţi şi nedureroşi pot fi adesea întâlniţi la persoanele sănătoase.

Creşterea dimensiunilor unui ganglion limfatic supraclavicular, în special de partea stângă, sugerează posibilitatea unei metastaze de la un cancer toracic sau abdominal.

Ganglionii limfatici sensibili sugerează un proces inflamator; cei duri sau imobili sugerează un proces neoplazic.

- Cu vârfurile degetelor 2 şi 3 palpaţi *ganglionii preauriculari* printr-o mişcare blândă, de rotaţie. Apoi examinaţi ganglionii retroauriculari şi occipitali.



- Palpaţi *lanţul ganglionar superficial anterior şi lanţul cervical profund*, situate anterior şi superficial de muşchiul sternocleidomastoidian. Apoi palpaţi *lanţul cervical posterior* de-a lungul muşchiului trapez (marginea anterioară) şi de-a lungul sternocleidomastoidianului (marginea posterioară). Flectaţi gâtul pacientului uşor anterior, spre partea care urmează a fi examinată. Examinaţi ganglionii supraclaviculari în unghiul delimitat de claviculă şi sternocleidomastoidian.





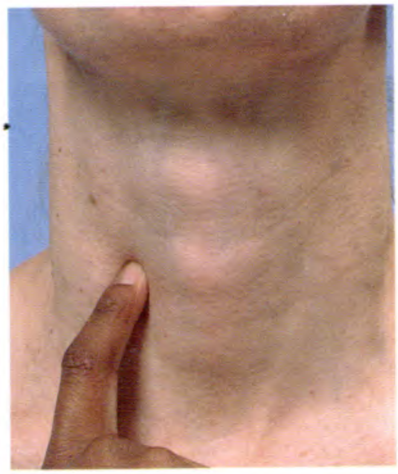
Limfadenopatia sensibilă la palpare fără o explicaţie aparentă impune (1) reexaminarea regiunii drenate de grupurile ganglionare respective şi (2) evaluarea atentă a celorlalte grupuri ganglionare pentru a diferenţia adenopatia regională de cea generalizată.

Limfadenopatia difuză ridică suspiciunea de infecţie HIV sau SIDA.

Uneori puteţi confunda un fascicul muscular sau o arteră cu un ganglion limfatic. Un ganglion limfatic poate fi mobilizat în două direcţii – sus-jos şi dreapta-stânga. Nici muşchiul şi nici artera nu pot fi mobilizate astfel.

Traheea şi glanda tiroidă. Începeţi prin a identifica cartilajul tiroidian şi pe cel cricoidian, şi traheea situată inferior de acestea.

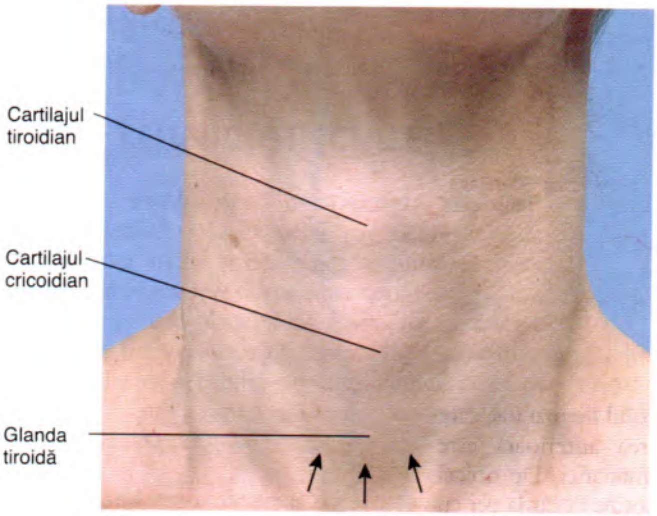
- *Inspectaţi traheea* căutând deviaţii de la poziţia sa uzuală, pe linia mediană. Apoi *palpaţi traheea în căutarea unei eventuale deviaţii.* Plasaţi un deget de-a lungul unei laturi a traheii şi observaţi spaţiul dintre aceasta şi muşchiul sternocleidomastoidian. Comparaţi-l cu cel de partea opusă. În mod normal, cele două ar trebui să fie simetrice.

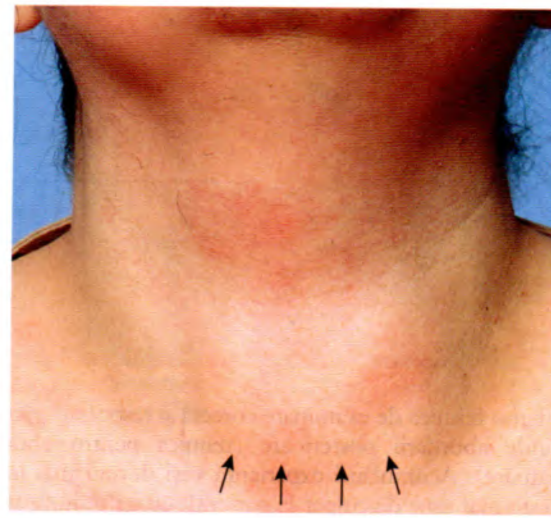


Masele care se dezvoltă în regiunea cervicală pot împinge traheea către dreapta sau stânga. De asemenea, deviaţia traheii poate semnala afecţiuni severe ale toracelui, de exemplu formaţiuni mediastinale, atelectazie sau pneumotorax masiv (vezi pag. 320-321).

- *Inspectaţi gâtul pentru glanda tiroidă.* Extindeţi uşor către posterior capul pacientului. Folosind o sursă de iluminare tangenţială orientată supero-inferior dinspre protuberanţa mentală a pacientului, *inspectaţi regiunea situată inferior de cartilajul cricoidian.* Marginea inferioară a fiecărei glande tiroide din imagini este indicată cu ajutorul săgeţilor.

Marginea inferioară a acestei glande tiroide mari este evidenţiată cu ajutorul luminii tangenţiale. *Guşa* este un termen cu caracter general folosit pentru glanda tiroidă de dimensiuni crescute.[23,24]

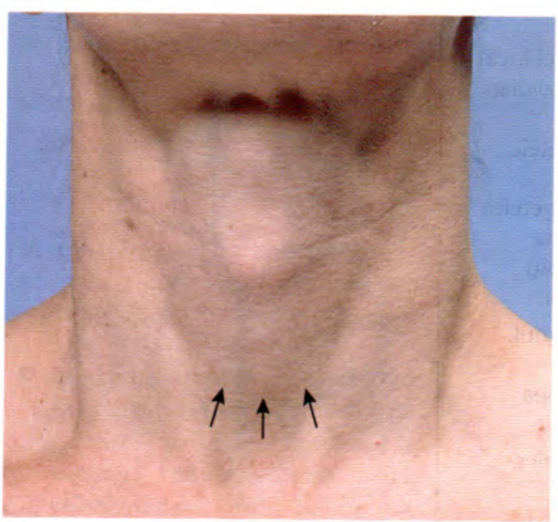


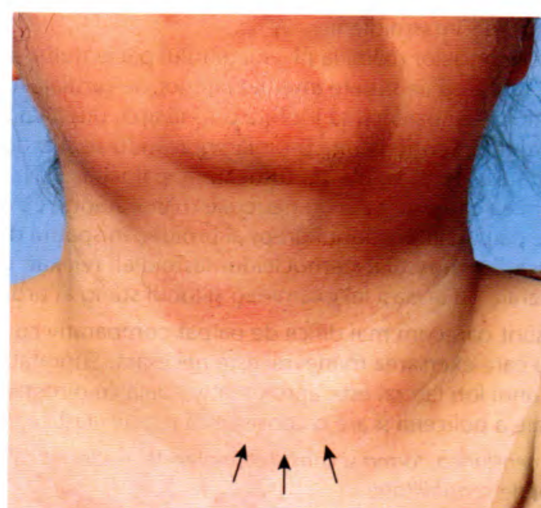


ÎN REPAUS

Cereţi pacientului să soarbă puţină apă, apoi să reia poziţia de extensie uşoară a gâtului şi să înghită. Urmăriţi mişcarea de ridicare a tiroidei, observându-i conturul şi simetria. Cartilajul tiroidian, cartilajul cricoidian şi glanda tiroidă se ridică împreună în timpul deglutiţiei, iar apoi coboară, reluându-şi poziţia din repaus.

În timpul deglutiţiei, marginea inferioară a acestei glande mari se ridică şi aspectul devine asimetric.





ÎN TIMPUL DEGLUTIŢIEI

Până vă familiarizaţi cu acest tip de examinare, verificaţi observaţiile din timpul inspecţiei cu ajutorul degetelor, stând în faţa pacientului.

Urmează *palparea glandei tiroide*. La început ar putea să vi se pară dificilă. Folosiţi informaţiile adunate cu ocazia inspecţiei. Identificaţi reperele – cartilajul tiroidian incizat şi cartilajul cricoidian inferior de acesta. Localizaţi *istmul tiroidian*, de obicei situat în dreptul inelelor traheale 2, 3 şi 4.



Deprindeţi o tehnică de examinare corectă şi respectaţi protocolul de mai jos, care corespunde abordării posterioare (tehnica pentru abordarea anterioară este asemănătoare). Acumulând experienţă veţi deveni mai îndemânatici. De obicei tiroida este mai uşor de palpat la pacienţii cu gâtul lung şi subţire decât la cei cu gâtul scurt şi gros. În cazurile în care gâtul este mai scurt, extensia gâtului poate fi utilă. Totuşi, la unele persoane, glanda tiroidă este parţial sau complet localizată substernal, nefiind accesibilă examenului fizic.

TEHNICA DE PALPARE A GLANDEI TIROIDE (ABORDARE POSTERIOARĂ)

- Cereţi pacientului să flecteze uşor gâtul înainte pentru a relaxa muşchii sternocleidomastoidieni.
- Plasaţi degetele ambelor mâini la nivelul gâtului pacientului, astfel încât degetele arătătoare să fie situate imediat inferior de cartilajul cricoidian.
- Cereţi pacientului să soarbă şi să înghită puţină apă, după cum s-a descris anterior. Simţiţi istmul tiroidian ridicându-se sub degetele voastre. Acesta este adesea, dar nu totdeauna, palpabil.
- Deplasaţi traheea către dreapta cu degetele mâinii stângi; cu degetele mâinii drepte palpaţi lateral lobul drept al tiroidei, în spaţiul dintre traheea dislocată şi muşchiul sternocleidomastoidian relaxat. Găsiţi marginea laterală. În acelaşi fel examinaţi şi lobul stâng al tiroidei.

  Cei doi lobi sunt oarecum mai dificil de palpat comparativ cu istmul, motiv pentru care exersarea manevrei este necesară. Suprafaţa anterioară a unui lob lateral este aproximativ egală cu dimensiunea falangei distale a policelui şi are o consistenţă relativ elastică.
- Observaţi *dimensiunea, forma şi consistenţa* glandei şi identificaţi orice *noduli* sau arii de *sensibilitate*.

Deşi caracteristicile fizice ale glandei tiroide, cum sunt dimensiunea, forma şi consistenţa prezintă importanţă diagnostică, evaluarea funcţiei tiroidiene depinde de simptomatologie, semne la nivelul altor regiuni ale corpului şi investigaţii de laborator.[25] Vezi Planşa 7-26, Modificări de dimensiune şi funcţie tiroidiană (pag. 281).

Consistenţă moale în *boala Graves*; fermă în *tiroidita Hashimoto*, neoplazii. Noduli benigni şi maligni,[26,27] sensibilitate în tiroidită.

Dacă glanda tiroidă este mărită auscultaţi în dreptul lobilor laterali cu ajutorul stetoscopului pentru a detecta un eventual *suflu*, un zgomot similar suflurilor cardiace dar de origine non-cardiacă.

Un suflu localizat, sistolic sau continuu, poate fi auscultat în *hipertiroidism*.

Arterele carotide și venele jugulare. Amânați examinarea acestor vase sanguine pentru momentul în care veți efectua examenul aparatului cardiovascular cu pacientul în clinostatism. Totuși, distensia venoasă jugulară poate fi vizibilă la pacientul în poziție șezândă și nu trebuie trecută cu vederea. Fiți atenți și la pulsațiile arteriale neobișnuit de ample. Vezi Capitolul 9 pentru detalii.

Notă: cei mulți clinicieni ar realiza examenul nervilor cranieni în acest moment (vezi pag. 672-678).

TEHNICI SPECIALE

Pentru evaluarea protruziei globilor oculari (proptoză sau exoftalmie). Dacă ochii par neobișnuit de proeminenți, stați în spatele pacientului așezat și inspectați regiunea de sus în jos. Tracționați cu blândețe pleoapele superioare în sus, apoi comparați protruzia globilor oculari și raporturile dintre cornee și pleoapa inferioară, de fiecare parte. Pentru a realiza măsurători obiective folosiți un exoftalmometru. Acest instrument măsoară distanța dintre unghiul lateral al orbitei și o linie imaginară care trece prin punctul cel mai anterior al corneei. Limita superioară a valorilor normale este de 20 mm la rasa albă, respectiv 22 mm la rasa neagră.[28,29]

Exoftalmia este protruzia anormală a globului ocular.

Atunci când gradul de protruzie depășește valorile normale, este necesară evaluarea suplimentară prin ultrasonografie sau tomografie computerizată.[30]

Pentru obstrucția canalului nazo-lacrimal. Acest test este util pentru identificarea cauzei hiperlacrimației. Cereți pacientului să privească în sus. Comprimați pleoapa inferioară aproape de unghiul intern al ochiului, pe marginea orbitei osoase – manevră prin care se produce compresia sacului lacrimal. Observați apariția fluidului la nivelul punctului lacrimal. Evitați efectuarea acestei manevre dacă zona este inflamată și sensibilă.



Scurgerea unui fluid mucopurulent la nivelul punctului lacrimal sugerează obstrucția canalului nazo-lacrimal.

Pentru inspecția conjunctivei palpebrale superioare. Examinarea adecvată a ochiului în căutarea unui corp străin necesită eversiunea pleoapei superioare. Urmați pașii descriși mai jos:

- Rugați pacientul să privească în jos. Apoi ajutați-l să relaxeze musculatura globilor oculari – liniștindu-l cu asigurări verbale și prin mișcări blânde, sigure și lente. Ridicați ușor pleoapa superioară astfel încât genele să iasă puțin în afară, apoi prindeți genele pleoapei superioare și trageți-le ușor în jos și înainte.



- Așezați un bețișor mic, de exemplu un aplicator sau un depresor de limbă, la cel puțin 1 cm superior de marginea pleoapei (adică la limita superioară a plăcii tarsale). Împingeți bețișorul în jos pe măsură ce ridicați marginea pleoapei, realizând astfel eversiunea pleoapei (sau „întoarcere pe dos"). Nu comprimați globul ocular în timpul manevrei.

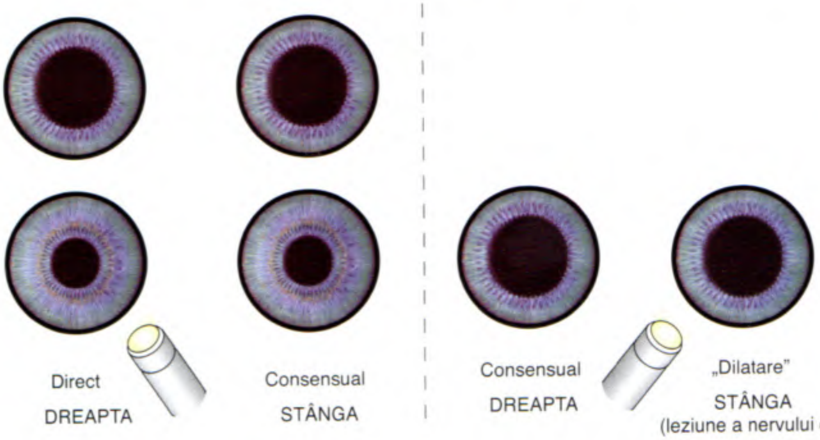


- Fixați genele în dreptul sprâncenelor cu ajutorul policelui și inspectați conjunctiva palpebrală. După terminarea inspecției, prindeți genele pleoapei superioare și trageți-le ușor înainte. Cereți pacientului să privească în sus. Pleoapa va reveni în poziția sa normală.



Această manevră vă permite să examinați conjunctiva palpebrală superioară și să căutați un eventual corp străin care ar putea fi situat la acest nivel.

Testul lanternelor. Acesta este un test clinic pentru diagnosticarea tulburărilor funcționale ale nervului optic. În condiții de iluminare slabă, notați dimensiunea pupilelor pacientului. Cereți pacientului să privească la distanță, apoi îndreptați fasciculul luminos al unei lanterne întâi către o pupilă, apoi către cealaltă. În mod normal, la nivelul fiecărui ochi stimulul luminos produce apariția promptă a miozei. Ochiul controlateral reacționează de asemenea prin mioză, consensual.



Dacă sunt prezente leziuni ale nervului optic de partea stângă, au loc următoarele reacții pupilare: atunci când fasciculul luminos este îndreptat asupra ochiului drept sănătos, se produce o constricție pupilară energică bilaterală (răspuns direct de partea dreaptă și răspuns consensual de partea stângă). Atunci când fasciculul este mutat asupra ochiului stâng afectat, are loc dilatarea pupilară bilaterală parțială. Stimulul aferent de partea stângă este redus; ca urmare, semnalele eferente către ambele pupile vor fi de asemenea reduse și va rezulta o dilatare netă. Acest fenomen este cunoscut sub denumirea de defect pupilar aferent, sau *pupila Marcus Gunn.*

Transiluminarea sinusurilor. Când decelați sensibilitate la palparea sinusurilor sau există simptome care sugerează sinuzită, acest test poate fi util, dar nu are sensibilitate sau specificitate diagnostică mare. Camera de examinare trebuie să fie întunecată. Folosiți o sursă de lumină cu un fascicul îngust de intensitate mare, pe care îl plasați profund sub fiecare arcadă sprâncenoasă, în apropierea nasului. Ecranați lumina cu ajutorul mâinii. În timp ce lumina străbate sinusurile frontale pline cu aer, va genera o strălucire slabă, roșiatică.

Absența strălucirii unilateral sau bilateral sugerează o mucoasă îngroșată sau secreții la nivelul sinusului frontal, dar poate fi și rezultatul ageneziei congenitale a sinusurilor, uni- sau bilaterală.

Cereţi pacientului să extindă capul pe spate, cu gura larg deschisă. (Dacă poartă proteză dentară superioară, aceasta va fi îndepărtată în prealabil.) Orientaţi lumina în jos, de la nivelul unghiului intern al fiecărui ochi. Examinaţi palatul dur prin gura deschisă a pacientului. Apariţia unei străluciri roşiatice indică un sinus maxilar normal, plin cu aer.

Absenţa strălucirii sugerează o mucoasă îngroşată sau secreţii la nivelul sinusului maxilar. Vezi pag. 230 pentru o metodă alternativă de transiluminare a sinusurilor maxilare.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea datelor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului fizic – capul, ochii, urechile, nasul şi gâtul

Cap – craniu normocefalic, fără traumatisme. Păr cu textură medie. *Ochi* – acuitate vizuală 6/6 (sau 20/20) bilateral. Sclerotice albe, conjunctive roz. Pupile cu diametru de 4 mm, constricţie până la 2 mm, rotunde, egale, reactive la lumină, realizează efort de acomodare. Papila optică net delimitată; fără hemoragii, exsudate sau stricturi arteriolare. *Urechi* – acuitate auditivă bună în condiţii de voce şoptită. Membrane timpanice (MT) cu triunghi luminos în limite normale. Weber indiferent. CA > CO. *Nas* – mucoasă nazală roz, sept situat pe linia mediană; fără sensibilitate la palparea sinusurilor. *Faringe (sau cavitatea bucală)* – mucoasă orală roz, dentiţie bună, faringe fără exsudate.
Regiune cervicală – trahee situată pe linia mediană. Gât mobil; istm tiroidian palpabil, lobi nepalpabili.
Ganglioni limfatici – fără adenopatie cervicală, axilară, epitrohleară sau inghinală.

SAU

Cap – craniu normocefalic, fără traumatisme. Alopecie frontală. *Ochi* – acuitate vizuală 6/30 (sau 20/100) bilateral. Sclerotice albe, conjunctive injectate. Pupile cu diametru de 3 mm, constricţie până la 2 mm, rotunde, egale, reactive la lumină, realizează efort de acomodare. Papila optică net delimitată; fără hemoragii sau exsudate. Raport arterio-venos (AV) 2:4; nu se observă compresie AV. *Urechi* – acuitate auditivă diminuată în condiţii de voce şoptită; intactă la voce tare. MT curate. *Nas* – mucoasă nazală edemaţiată cu eritem şi secreţie limpede. Sept situat pe linia mediană. Sensibilitate la palparea sinusurilor maxilare. *Faringe* – mucoasă orală roz, carii dentare ale molarilor inferiori, faringe eritematos, fără exsudate. *Regiune cervicală* – trahee situată pe linia mediană. Gât mobil; istm tiroidian pe linia mediană, lobi tiroidieni palpabili, dar nu măriţi. *Ganglioni limfatici* – ganglionii limfatici submandibulari şi cervicali anteriori sensibili, 1x1 cm, consistenţă elastică, mobili; fără adenopatie cervicală posterioară, epitrohleară, axilară sau inghinală.

Sugerează miopie şi îngustare arteriolară uşoară. De asemenea, infecţie de căi respiratorii superioare.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Taylor FR. Diagnosis and classification of headache. Primary Care: Clinics in Office Practice 31(2):243–259, 2004.
2. Lipton RB, Stewart WF, Seymour D, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache 41(7):646–657, 2001.
3. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, et al. Classification of primary headaches. Neurology 63(3):427–435, 2004.
4. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, et al. Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse: the Head-HUNT Study. Neurology 61:160–164, 2003.
5. Shingleton BJ, O'Donoghue MW. Blurred vision. N Engl J Med 343(8):556–562, 2000.
6. Coleman AC. Glaucoma. Lancet 20:1803–1810, 1999.
7. Balcer LJ. Optic neuritis. N Engl J Med 354(12):1273–1280, 2006.
8. deJong PTVM. Age-related macular degeneration. N Engl J Med 355(14):1474–1485, 2006.
9. Willems PJ. Genetic causes of hearing loss. N Engl J Med 342(15):1101–1109, 2000.
10. Hendley JO. Otitis media. N Engl J Med 347(15):1169–1174, 2002.
11. Plaut M, Valentine MD. Allergic rhinitis. N Engl J Med 353(18): 1934–1944, 2005.
12. Piccirillo JF. Acute bacterial sinusitis. N Engl J Med 351(9): 902–910, 2004.
13. Spector SL, Bernstein IL, Li JT, et al. Parameters for the diagnosis and management of sinusitis. J Allergy Clin Immunol 102(6, Part 2):S107–S144, 1998.
14. Williams JW, Simel DL, Roberts L, et al. Clinical evaluation for sinusitis: making the diagnosis by history and physical examination. Ann Intern Med 117(9):705–710, 1992.
15. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Ann Intern Med 134(6):509–517, 2001.
16. McGinn TG, Deluca J, Ahlawat SK, et al. Validation and modification of streptococcal pharyngitis clinical prediction rules. Mayo Clin Proc 78(3):289–293, 2003.
17. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for visual impairment. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:373–382.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for glaucoma: recommendation statement. AHRQ Publication No. 04-0548-A, March 2005. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/glaucoma/glaucrs.htm.
19. Jackler JK. A 73-year-old man with hearing loss. JAMA 289(12): 1557–1565, 2003. Accessed August 28, 2007.
20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hearing impairment. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:393–405.
21. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent dental and periodontal disease. In Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:711–721.
22. Gupta R, Pery M. Digital examination for oral cancer. BMJ 319:1113–1114, 1999.
23. McGuirt WF. The neck mass. Med Clin N Am 83:219–234, 1989.
24. Siminoski K. Does this patient have a goiter? JAMA 273(10): 813–817, 1995.
25. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA 291(2):228–238, 2004.
26. Hegedus L. The thyroid nodule. N Engl J Med 351(17): 1764–1771, 2004.
27. Castro MR, Gharib H. Controversies in the management of thyroid nodules. Ann Intern Med 142(11):926–931, 2005.
28. Gladstone GJ. Ophthalmologic aspects of thyroid-related orbitopathy. Endocrinol Metab Clin North Am 27:91–100, 1998.
29. Bartley GB, et al. Clinical features of Graves' ophthalmopathy in an incidence cohort. Am J Ophthalmol 121:284–290, 1996.
30. Hallin ES, Feldon SE. Graves' ophthalmopathy. II. Correlation of clinical signs with measures derived from computed tomography. Br J Ophthalmol 72:678–682, 1988.
31. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine: current understanding and treatment. N Engl J Med 346(4):257–270, 2002.
32. Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? JAMA 287(1):92–101, 2002.
33. Kroenke K, Lucas CA, Rosengerg ML, et al. Causes of persistent dizziness: a prospective study of 100 patients in ambulatory care. Ann Intern Med 117(11):898–904, 1992.
34. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. South Med J 93(2):160–167, 2000.
35. Tusa RJ. Vertigo. Neurol Clin 19(1):23–55, 2001.
36. Branch W. Approach to the patient with dizziness. Available at: www.utdol.com. Accessed February 26, 2005.
37. Lockwood AH, Salvi RJ, Burkard RF. Tinnitus. N Engl J Med 347(12):904–910, 2002.
38. Matthies C, Samii M. Management of 1000 vestibular schwannomas (acoustic neuromas): clinical presentation. Neurosurgery 1:1–10, 1997.
39. Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med 342(5):345–351, 2000.
40. Wong TY, Mitchell P. Hypertensive retinopathy. N Engl J Med 351(22):2310–2317, 2004.
41. Frank RB. Diabetic retinopathy. N Engl J Med 350(1):48–58, 2004.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Capul

Bahra A, May A. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. Neurology 58(3):354–361, 2002.

Cady RK, Dodick DW, Levine HL, et al. Sinus headache: a neurology, otolaryngology, allergy, and primary care consensus on diagnosis and treatment. Mayo Clin Proc 80(7):908–916, 2005.

Evans RW. Headache case studies for the primary care physician. Med Clin North Am 87(3):589–607, 2003.

Franges EZ. When a headache is really a brain tumor. Nurse Pract 31(4):47–51, 2006.

Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, et al. Classification of primary headaches. Neurology 63(3):427–435, 2004.

Paemeleire K, Bahra A, Evers S, et al. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. Neurology 67(1):109–113, 2006.

Straus SE, Thorpe KE, Holroyd-Leduc J. How do I perform a lumbar puncture and analyze the results to diagnose bacterial meningitis? JAMA 296(16):2012–2022, 2006.

Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage. Lancet 369(9558):306–318, 2007.

Wong TY, Klein R, Sharrett AR, et al. Retinal arteriolar diameter and risk for hypertension. Ann Intern Med 140(4):248–255, 2004.

Ochii

Albert DM, Miller JW, Azar DT. Albert & Jakobiec's Principles and Practice of Ophthalmology, 3rd ed. Philadelphia: Saunders–Elsevier, 2008.

Congdon N, O'Colmain, Klaver CC, et al. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. Arch Ophthalmol 122(4):477–485, 2004.

Ehlers JP, Shah CP, Chirag P, et al., eds. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Fong DS, Aiello LP, Ferris FL, et al. Diabetic retinopathy. Diabetes Care 27(10):2540–2553, 2004.

Gold DH, Weingeist TA. Color Atlas of the Eye in Systemic Disease. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

McCluskey PJ, Towler HM, Lightman S. Management of chronic uveitis. BMJ 320(7234):555–558, 2000.

Mohamed Q, Gillies MC, Wong TY. Management of diabetic retinopathy. JAMA 298(8):902–916, 2007.

Ostler HB, Maibach HI, Hoke AW, et al. Diseases of the Eye and Skin: A Color Atlas. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Spoor TC, ed. Atlas of Neuro-ophthalmology. New York: Taylor & Francis, 2004.

Tasman W, Jaeger EA. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2004.

Urechile, nasul și faringele

Bagai A, Thavendiranathan P, Detsky AS. Does this patient have hearing impairment? JAMA 295(4):416–428, 2006.

Bevan Y, Shapiro N, MacLean CH, et al. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review. JAMA 289(15):1976–1985, 2003.

Bull TR. Color Atlas of ENT Diagnosis, 4th ed. New York: Thieme, 2003.

Cady RK, Dodick DW, Levine HL, et al. Sinus headache: a neurology, otolaryngology, allergy, and primary care consensus on diagnosis and treatment. Mayo Clin Proc 80(7):908–916, 2005.

Ebell MH, Smith MA, Barry HC, et al. Does this patient have strep throat? JAMA 284(22):2912–2918, 2000.

Hendley JO. Otitis media. N Engl J Med 347(15):1169–1174, 2002.

Kennedy DW. A 48-year-old man with recurrent sinusitis. JAMA 283(16):2143–2150, 2000.

O'Donoghue GM, Narula AA, Bates GJ. Clinical ENT: An Illustrated Textbook, 2nd ed. San Diego: Singular Publishing Group, 2000.

Patil SP, Schneider H, Schwartz AR, et al. Adult obstructive sleep apnea: pathophysiology and diagnosis. Chest 132(1):325–337, 2007.

Young T, Skatrud J, Peppard PE. Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. JAMA 291(16):2013–2016, 2004.

Cavitatea bucală

Field EA, Longman L, Tyldesley WR, et al. Tyldesley's Oral Medicine, 5th ed. New York: Oxford University Press, 2003.

Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Diseases, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Newman MF, Carranza FA, Takei H, et al. Carranza's Clinical Periodontology, 10th ed. Philadelphia: Saunders–Elsevier, 2006.

Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, 5th ed. St. Louis: Saunders–Elsevier, 2008.

Regiunea cervicală

Bliss SJ, Flanders SA, Saint S. A pain in the neck. N Engl J Med 350(10):1037–1042, 2004.

Dorshimer GW, Kelly M. Cervical pain in the athlete: common conditions and treatment. Prim Care 32(1):231–243, 2005.

Henry PH, Long DL. Enlargement of the lymph nodes an d spleen. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al., eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005:343–348.

Prisco MK. Evaluating neck masses. Nurse Pract 25(4):30–32, 35–36, 38, 2000.

Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. Am Fam Phys 67(6):1190, 1192, 1195, 2003.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

Cefaleea primară[1, 3, 31]

	Migrena	Cefaleea tensională	Cefaleea în ciorchine
	▪ Cu aură ▪ Fără aură ▪ Variante		
Substrat	Disfuncţie neuronală primară, posibil cu origine în trunchiul cerebral, care generează un dezechilibru între neurotransmiţătorii inhibitori şi cei excitatori	Neclar – contracţia musculară sau vasoconstricţia sunt improbabile	Neclar – posibil vasodilataţie extracraniană ca urmare a disfuncţiei neuronale cu durere de tip trigemino-vascular
Localizare	Unilaterală în ~70% din cazuri; frontală bilateral sau generalizată în ~30% din cazuri	De obicei bilaterală; poate fi generalizată sau localizată în regiunea occipitală şi cervicală superioară sau în aria fronto-temporală	Unilaterală, de obicei retroorbitală sau periorbitală
Tip şi severitate	Pulsatilă sau chinuitoare, cu severitate variabilă	Durere cu caracter compresiv sau constrictiv; intensitate uşoară sau moderată	Caracter profund, continuu, sever
Caracteristici temporale			
Debut	Relativ brusc, atingând un vârf de intensitate în 1-2 ore	Progresiv	Brusc, atingând un vârf de intensitate în câteva minute
Durată	4-72 de ore	Minute până la zile	Până la 3 ore
Evoluţie naturală	Vârf de incidenţă în adolescenţa timpurie şi mijlocie; prevalenţa este de ~6% la bărbaţi şi ~15% la femei. Recurentă – de regulă lunar, dar poate apărea săptămânal în ~10% din cazuri	Adesea recurentă sau persistentă pe perioade îndelungate; prevalenţa anuală ~40%	Episodică; episoadele grupate în timp, cu o frecvenţă de câteva pe zi timp de 4-8 săptămâni, iar apoi ameliorare timp de 6-12 luni; prevalenţă <1%, mai frecventă la bărbaţi.
Manifestări asociate	Greaţă, vărsături, fotofobie, fonofobie, aură migrenoasă cu tulburări vizuale (lumini scânteietoare, linii în zig-zag), motorii (afectează braţul sau mâna) şi senzitive (hipoestezie sau parestezii care preced adesea atacul migrenos)	Uneori fotofobie, fonofobie; greaţa este absentă	Lacrimaţie, rinoree, mioză, ptoză palpebrală, edem palpebral, conjunctivită
Factori care agravează sau declanşează cefaleea	Consumul de alcool, anumite alimente sau starea de agitaţie pot declanşa atacul; apare mai frecvent premenstrual; agravată de zgomot şi lumina puternică	Contracţia musculară susţinută, de exemplu în timpul condusului maşinii sau al dactilografierii	În timpul atacului poate creşte sensibilitatea la alcool
Factori care ameliorează cefaleea	Un mediu ambiant liniştit, întunecos; somnul; uneori ameliorare temporară prin comprimarea arterei implicate, dacă se intervine precoce	Posibil masajul, relaxarea	

PLANȘA 7-2

Cefaleea secundară[3]; Nevralgiile de nervi cranieni

Formă	Substrat	Localizare	Caracteristici și severitate
Tipuri de cefalee secundară			
Rebound după analgezice	Întreruperea medicației	Regiunea în care cefaleea apărea anterior	Variabile
Cefaleea cauzată de afecțiuni oculare			
Erori de refracție (hipermetropia și astigmatismul, dar nu și miopia)	Probabil contracția susținută a musculaturii extrinseci a globului ocular și posibil cea a mușchilor din regiunea frontală, temporală și occipitală	În regiunea orbitală și periorbitală; poate iradia în regiunea occipitală	Constantă, chinuitoare, monotonă
Glaucomul acut	Creșterea bruscă a presiunii intraoculare (vezi pag. 257	În regiunea orbitală și periorbitală, unilateral	Constantă, chinuitoare, adesea severă
Cefaleea din sinuzită	Inflamația mucoasei sinusurilor paranazale	De obicei deasupra ochiului (sinusul frontal) sau în dreptul sinusului maxilar	Chinuitoare sau pulsatilă, de severitate variabilă; luați în calcul și o posibilă migrenă
Meningita	Infecția meningelor cerebrale	Generalizată	Constantă sau pulsatilă, foarte severă
Hemoragia subarahnoidiană	Hemoragie, cel mai frecvent cauzată de ruptura unui anevrism intracranian	Generalizată	Foarte severă, „cea mai rea din viața mea"
Tumori cerebrale	Deplasarea sau tracționarea arterelor și venelor sau compresia nervilor	Variabil în funcție de localizarea tumorii	Constantă, chinuitoare, de intensitate variabilă
Arterita cu celule gigante (temporală) [32]	Vasculită cauzată de răspuns imun mediat celular îndreptat împotriva laminei elastice din structura peretelui arterial	În apropierea arterei afectate, cel mai frecvent artera temporală, dar poate fi și artera occipitală; legată de vârstă	Pulsatilă, generalizată, persistentă; adesea severă
Cefaleea posttraumatică	Mecanism neclar; episoade similare cu cele din cefaleea tensională și migrenă, dar fără aură migrenoasă [24]	Poate fi localizată sau nu în regiunea lezată	Generalizată, monotonă, chinuitoare, constantă
Nevralgiile de nervi cranieni			
Nevralgia de trigemen (NC V)	Compresia NC V de către o venă sau arteră	Obraji, maxilar, buze sau gingii; ramurile trigeminale 2 și 3 > 1	Șocogenă, ascuțită, cu caracter de arsură; severă

Notă: Spațiile goale din acest tabel reflectă faptul că rubricile nu au aplicabilitate sau utilitate în evaluarea afecțiunii respective.

Caracteristici temporale			Manifestări asociate	Factori de agravare sau declanşatori	Factori de ameliorare
Debut	*Durată*	*Evoluţie*			
Variabil	În funcţie de tipul de cefalee anterior	Depinde de frecvenţa „mini-întreruperilor" medicaţiei	În funcţie de tipul de cefalee anterior	Febra, monoxidul de carbon, hipoxia, întreruperea cafeinei, alţi factori declanşatori pentru cefalee	În funcţie de cauză
Treptat	Variabilă	Variabilă	Oboseală oculară, senzaţie de „nisip în ochi", eritem conjunctival	Folosirea îndelungată a ochilor, mai ales a vederii de aproape	Repausul ocular
Adesea brusc	Variabilă, poate depinde de tratament	Variabilă, poate depinde de tratament	Scăderea acuităţii vizuale, uneori greaţă şi vărsături	Uneori provocată de aplicarea de coliruri midriatice	
Variabil	Adesea episoadele durează mai multe ore, cu recurenţe la intervale de câteva zile sau mai lungi	Adesea recidivantă, cu un model zilnic repetitiv	Sensibilitate locală, congestie nazală, rinoree şi febră	Poate fi agravată de tuse, strănut sau clătinarea capului	Decongestive nazale, antibiotice
Relativ rapid	Variabilă, de obicei de ordinul zilelor	Cefalee persistentă în cadrul unei boli acute	Febră, redoarea cefei		
De obicei brusc, sever; pot exista simptome prodromale	Variabilă, de obicei de ordinul zilelor	Cefalee persistentă în cadrul unei boli acute	Greaţă, vărsături, posibil pierderea conştienţei, durere la nivel cervical		
Variabil	Adesea de scurtă durată	Intermitentă, dar progresivă	Poate fi agravată de tuse, strănut sau mişcări bruşte ale capului		
Treptat sau brusc	Variabilă	Recurentă sau persistentă timp de săptămâni sau luni	Sensibilitate a scalpului adiacent; febră (în ~50%), fatigabilitate, scădere ponderală; cefalee nou instalată (~60%), claudicaţie mandibulară (~50%), tulburări vizuale sau cecitate (~15-20%), polimialgie reumatică (~50%)	Mişcări ale gâtului sau ale umerilor	
În decurs de câteva ore până la 1-2 zile de la traumatism	Săptămâni, luni sau chiar ani	Tendinţă de ameliorare în timp	Scăderea capacităţii de concentrare, tulburări de memorie, vertij, iritabilitate, nelinişte, fatigabilitate	Efortul psihic şi fizic, stresul, munca exagerată, emoţiile, alcoolul	Repausul
Brusc, paroxistic	Fiecare episod durează câteva secunde, dar recurenţele apar la intervale de secunde sau minute	Poate dura luni de zile, apoi dispare pentru mai multe luni, dar reapare frecvent. De obicei nu apare în timpul nopţii.	Epuizare prin recurenţele dureroase	Atingerea regiunii bucale sau a unor zone din etajul inferior al feţei; masticaţia, vorbirea sau periajul dinţilor	

Ameţeala şi vertijul[33-38]

„Ameţeala" este un termen cu caracter nespecific folosit de către pacienţi pentru mai multe tipuri de afecţiuni, pe care medicii trebuie să le deosebească. O anamneză detaliată poate stabili etiologia primară. Este important să învăţaţi înţelesurile specifice ale termenilor sau afecţiunilor următoare:

- *Vertij* – impresia subiectivă de rotaţie însoţită de nistagmus şi ataxie; cauza obişnuită este *disfuncţia vestibulară periferică* (~40% dintre pacienţii care se simt „ameţiţi"), însă unele cazuri pot fi determinate de *leziuni ale trunchiului cerebral* (~10%; cauzele includ ateroscleroza, scleroza multiplă, migrena vertebro-bazilară sau AIT)
- *Presincopă* – senzaţia de cădere iminentă („simt că leşin"), de lipsă de putere; cauzele includ hipotensiunea ortostatică, mai ales indusă medicamentos, aritmiile cardiace şi atacurile vaso-vagale (~5%)
- *Dezechilibru* – instabilitatea sau lipsa de echilibru în timpul mersului, în special la pacienţii vârstnici (vezi pag. 901); cauzele includ teama de a merge, pierderea vederii, slăbiciunea produsă de afecţiuni osteomusculare şi neuropatia periferică (până la 15%)
- *Factori psihiatrici* – cauzele includ anxietatea, tulburarea de panică, hiperventilaţia, depresia, tulburările de somatizare, abuzul de alcool sau alte substanţe (~10%)
- *Plurifactorial sau necunoscut* – (până la 20%)

Vertijul central şi vertijul periferic

	Debut	Durată şi evoluţie	Auz	Tinitus	Trăsături asociate
Vertijul periferic					
▪ *Vertijul poziţional benign*	Brusc, la întoarcerea de pe o parte pe partea afectată sau la ridicarea capului	Debut în câteva secunde până la 1 minut. Durează câteva săptămâni, poate recidiva	Nu este afectat	Absent	Uneori greaţă, vărsături, nistagmus
▪ *Neuronita vestibulară (Labirintita acută)*	Brusc	Debut în decurs de ore până la două săptămâni. Poate recidiva în cca 12-18 luni de la apariţie	Nu este afectat	Absent	Greaţă, vărsături, nistagmus
▪ *Boala Ménière*	Brusc	Debut în câteva ore până la ≥1 zi. Caracter recidivant	Surditate neurosenzorială – recidivează, în final progresează	Prezent, caracter fluctuant	Senzaţie de presiune sau prea-plin în urechea afectată; greaţă, vărsături, nistagmus
▪ *Toxicitate medicamentoasă*	Insidios sau brusc – corelat cu ingestia de diuretice de ansă, aminoglicozide, salicilaţi, alcool	Poate fi reversibilă sau ireversibilă. Apare adaptarea parţială	Poate fi afectat	Poate fi prezent	Greaţă, vărsături
▪ *Neurinomul acustic*	Insidios, prin compresia ramurii vestibulare a NC VIII	Variabilă	Afectat, unilateral	Prezent	Pot fi afectaţi NC V şi VII
Vertijul central	Adesea brusc (vezi cauzele enumerate mai sus)	Variabilă, dar rareori continuă	Nu este afectat	Absent	De obicei se asociază şi alte deficite cu originea în trunchiul cerebral – disartrie, ataxie, deficite motorii şi senzitive

P L A N Ș A 7-4

Tipuri de facies

Edemul facial







Sindromul Cushing

Creșterea sintezei suprarenale de cortizol din sindromul Cushing duce la apariția unui facies rotund sau „în lună plină", cu eritem malar. Se poate asocia pilozitate excesivă prezentă la nivelul buzei superioare, perciunilor și regiunii mentoniere.

Sindromul nefrotic

Fața este edematoasă și palidă. Inițial, edemul apare periocular și în cursul dimineții. Când edemul este sever, fantele palpebrale devin ingustate.

Mixedemul

Pacientul care suferă de hipotiroidism sever (*mixedem*) are un facies inexpresiv și buhăit. Edemul, accentuat periocular, nu lasă godeu la presiunea digitală. Părul și sprâncenele sunt uscate, cu firul aspru și rar. Tegumentul este uscat.

Alte tipuri de facies







Hipertrofia glandelor parotide

Hipertrofia parotidiană bilaterală cronică asimptomatică poate fi întâlnită în obezitate, diabet, ciroză sau alte afecțiuni. Tumefacția bilaterală este localizată anterior de lobul urechii și superior de unghiul mandibulei. Mărirea progresivă unilaterală sugerează un neoplasm. Hipertrofia parotidiană acută apare în oreion (parotidita epidemică).

Acromegalie

Hipersecreția hormonului somatotrop din acromegalie determină creșterea exagerată atât a țesutului osos cât și a țesuturilor moi. Capul este alungit, cu bose frontale proeminente și dezvoltarea exagerată a nasului și mandibulei. De asemenea, țesuturile moi din structura nasului, buzelor și urechilor sunt mărite de volum. Aspectul de ansamblu reflectă trăsături faciale îngroșate.

Boala Parkinson

Scăderea mobilității faciale determină reducerea expresivității. Rezultatul poate fi un facies imobil, ca o mască, cu clipit rar și privire fixă, tipică. Deoarece gâtul și jumătatea superioară a trunchiului prezintă tendința de flexie anterioară, pacientul pare a privi în sus către examinator. Alte semne asociate sunt tegumente faciale grase și salivația excesivă.

Defecte de câmp vizual

Defecte ale câmpului vizual

1 Defect orizontal Ocluzia unei ramuri a arterei centrale a retinei poate duce la apariția unui defect orizontal (altitudinal). Ischemia nervului optic poate avea un efect asemănător.

1



2 Cecitate unilaterală de partea dreaptă (nervul optic drept) O leziune a nervului optic și a globului ocular în sine determină cecitate unilaterală.

2



3 Hemianopsie bitemporală (chiasma optică) O leziune a chiasmei optice poate afecta numai fibrele care se încrucișează pentru a trece de partea opusă. Deoarece originea acestor fibre este în jumătatea nazală a retinei de fiecare parte, defectul vizual rezultat va implica jumătatea temporală a fiecărui câmp vizual.

3



4 Hemianopsie omonimă stângă (tractul optic de partea dreaptă) O leziune a tractului optic duce la întreruperea fibrelor cu originea de aceeași parte a retinei pentru ambii globi oculari. În consecință, defectul vizual rezultat este similar pentru ambii ochi (omonim) și implică jumătate din fiecare câmp vizual (hemianopsie).

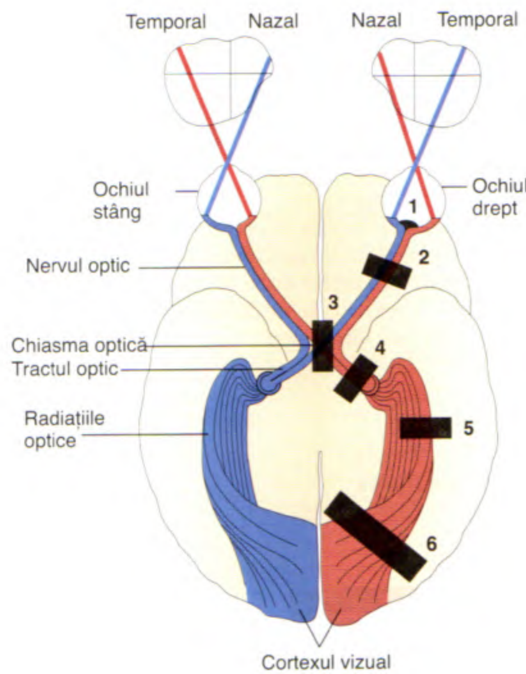
4



5 Cvadranopsie omonimă superioară stângă (radiațiile optice drepte, parțial) O leziune parțială a radiațiilor optice din lobul temporal poate afecta doar o parte a fibrelor nervoase, ducând la apariția unei cvadranopsii omonime.

5





6 Hemianopsie omonimă stângă (radiațiile optice drepte) Întreruperea completă a fibrelor radiațiilor optice determină un defect de câmp vizual similar celui produs de o leziune a tractului optic.

6

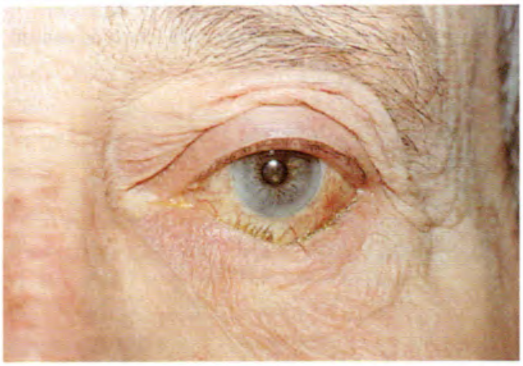


Variații și anomalii ale pleoapelor



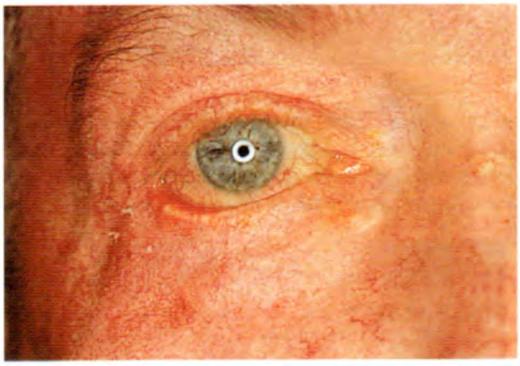
Ptoza palpebrală

Ptoza reprezintă căderea pleoapei superioare. Cauzele includ miastenia gravis, leziuni ale nervului oculomotor și ale lanțului simpatic cervical (*sindromul Horner*). Hipotonia musculară, relaxarea tisulară și greutatea țesutului adipos herniat pot contribui la apariția ptozei palpebrale senile. Ptoza poate fi și congenitală.



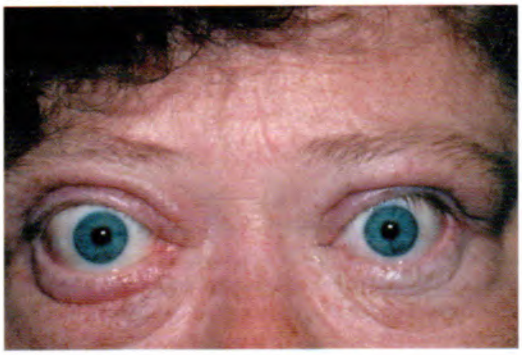
Entropionul

Entropionul este mai frecvent la vârstnici și constă în răsfrângerea spre interior a marginii pleoapei. Genele pleoapei inferioare, care pot să nu fie vizibile în prezența entropionului, irită conjunctiva și porțiunea inferioară a corneei. Cereți pacientului să strângă pleoapele și apoi să le deschidă – manevră care poate pune în evidență un entropion discret.



Ectropionul

În ectropion marginea pleoapei inferioare este întoarsă către exterior, iar conjunctiva palpebrală este expusă. Dacă se produce și eversiunea punctului lacrimal de la nivelul pleoapei inferioare, este alterat drenajul secreției lacrimale și apare hiperlacrimația. Ectropionul este mai frecvent la vârstnici.



Retracția palpebrală și exoftalmia

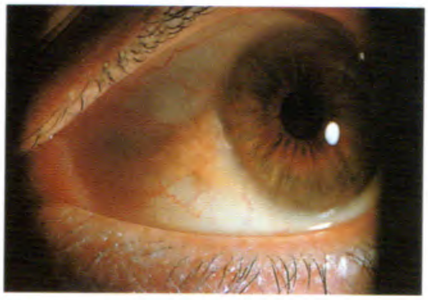
Deschiderea exagerată a fantei palpebrale sugerează retracție palpebrală. Observați porțiunea vizibilă a sclerotícii dintre iris și marginea pleoapei superioare. Retracția palpebrală și întârzierea coborârii pleoapei superioare (vezi pag. 217) sunt semne sugestive pentru hipertiroidism.

În exoftalmie, globul ocular proemină anterior. Când este bilaterală, sugerează oftalmopatia infiltrativă din boala Graves. Poate asocia edem palpebral și congestie conjunctivală. Exoftalmia unilaterală este întâlnită în boala Graves, sau în tumori ori inflamații ale orbitei.

(Sursa fotografiilor: *Ptoză, entropion și ectropion* – Tasman W, Jaeger E, eds. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.)

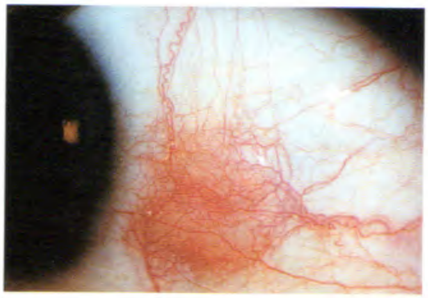
PLANŞA 7-7

Noduli şi tumefacţii oculare şi perioculare



Pinguecula

Este un nodul triunghiular benign, de culoare gălbuie, localizat în conjunctiva bulbară, de oricare parte a irisului. Apare mai frecvent la vârstnici, iniţial în partea nazală, ulterior în partea temporală a conjunctivei.



Episclerita

Constă în eritem ocular localizat determinat de inflamaţia vaselor episclerale. Vasele sunt de culoare roz şi mobile pe suprafaţa sclerală. Poate fi nodulară, ca în figură, sau sub formă de eritem şi vase dilatate.



Orgeletul

Este infecţia unei glande sebacee de la nivelul marginii pleoapei, manifestată prin durere, sensibilitate şi eritem local.



Şalazionul

Este un nodul nedureros, produs prin inflamaţia cronică a unei glande Meibomius. Evoluţia se poate complica cu inflamaţie acută, dar spre deosebire de orgelet (localizat pe marginea pleoapei), şalazionul se dezvoltă cu precădere în interiorul pleoapei.



Xantelasma

Se manifestă sub forma unor placarde bine delimitate de culoare gălbuie, uşor supradenivelate, care apar de-a lungul regiunilor nazale ale uneia sau ambelor pleoape. Poate însoţi dislipidemiile.



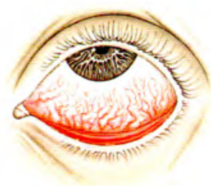
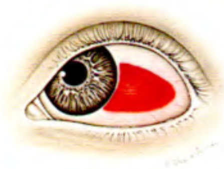
Inflamaţia sacului lacrimal (dacriocistita)

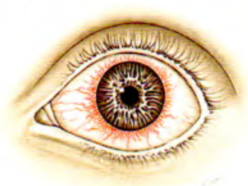
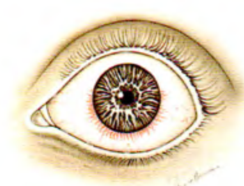
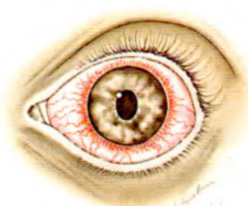
Se manifestă prin tumefacţia ţesuturilor dintre pleoapa inferioară şi nas. Inflamaţia *acută* (vezi foto) se caracterizează prin sensibilitate crescută, durere şi eritem. Inflamaţia *cronică* este asociată cu obstrucţia canalului nazo-lacrimal. Apare hiperlacrimaţia, iar comprimarea sacului lacrimal determină revărsarea materialului de secreţie prin punctul lacrimal.

(Sursa fotografiilor: Tasman W, Jaeger E, eds. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.)

PLANŞA 7-8

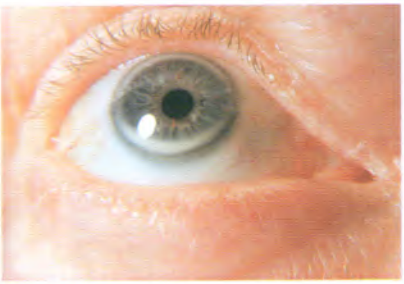
Ochii roşii[39]

	Conjunctivita	Hemoragia subconjunctivală
		
Tipul de eritem	Congestie conjunctivală: dilatare difuză a vaselor sanguine conjunctivale şi eritem cu intensitate maximă în periferie	Extravazarea sângelui în afara vaselor, urmată de apariţia unei zone roşii omogene, net delimitate, care se decolorează până la galben în decurs de câteva zile, şi apoi dispare
Durerea	Mai degrabă o uşoară jenă, decât durere	Absentă
Acuitatea vizuală	Nu este afectată; secreţia oculară poate produce o inceţoşare uşoară, temporară	Nu este afectată
Secreţii oculare	Apoase, mucoase sau mucopurulente	Absente
Pupila	Nu este afectată	Nu este afectată
Corneea	Curată	Curată
Semnificaţia	Etiologie bacteriană, virală sau alte infecţii; alergică; iritativă	Adesea fără semnificaţie. Poate fi rezultatul unor traumatisme, al unor diateze hemoragice, sau al creşterii bruşte a presiunii venoase, de exemplu în accesele de tuse

	Leziuni sau infecţii corneene	Irita acută	Glaucomul
			
Tipul de eritem	Congestie ciliară: dilatarea vaselor sanguine profunde, vizibile sub forma unor radiaţii sau a unui halou roşu-violaceu în jurul limbusului. Congestia ciliară este un semn important în aceste trei afecţiuni, deşi poate lipsi. În schimb, ochiul poate avea un aspect roşu difuz. Alte elemente sugestive pentru aceste trei afecţiuni severe sunt durerea, scăderea acuităţii vizuale, inegalitatea pupilară şi aspectul încărcat al corneei.		
Durerea	Moderată până la severă, cu caracter superficial	Moderată, chinuitoare, profundă	Severă, chinuitoare, profundă
Acuitatea vizuală	De obicei scăzută	Scăzută	Scăzută
Secreţii oculare	Apoase sau purulente	Absente	Absente
Pupila	Nu este afectată, cu excepţia cazului în care se asociază irita	Poate fi mică, şi în timp poate căpăta un contur neregulat	Dilatată, fixă
Corneea	Modificările corneene variază în funcţie de etiologie	Curată sau uşor încărcată	Tulbure, inceţoşată
Semnificaţia	Abraziuni sau alte leziuni; infecţii virale şi bacteriene	Asociată cu numeroase afecţiuni oculare şi sistemice	Creşterea acută a presiunii intraoculare – reprezintă o urgenţă medicală

PLANȘA 7-9

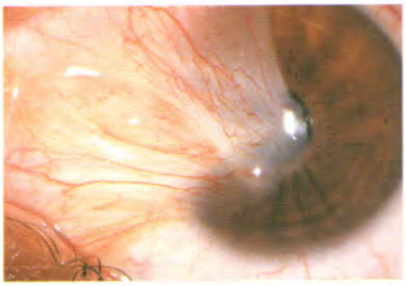
Opacități ale corneei și ale cristalinului



Gerontoxonul (arcul corneean senil). Un inel subțire alb-cenușiu situat în vecinătatea marginii corneene. Însoțește procesul fiziologic de îmbătrânire, dar poate fi observat și la tineri, mai ales la afro-americani. Atunci când apare la tineri, sugerează o posibilă hiperlipoproteinemie. De obicei are caracter benign.



Cicatricea corneeană. Opacitate corneeană superficială alb-cenușie, produsă de o leziune veche sau inflamație. Poate avea dimensiuni și forme variate. A nu se confunda cu opacifierea cristalinului din cataractă, care este mai profundă și vizibilă doar prin pupilă.

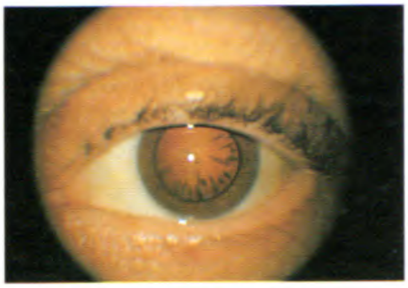


Pterigionul. Este o îngroșare de formă triunghiulară a conjunctivei bulbare care se dezvoltă lent pe suprafața externă a corneei, de obicei dinspre partea nazală. Poate asocia eritem. Odată cu extinderea la nivel pupilar poate afecta vederea.



Cataracta. Reprezintă opacifierea cristalinului vizibilă prin orificiul pupilar; cel mai frecvent este întâlnită la vârstnici.

Cataracta nucleară. Cataracta nucleară are nuanță cenușie la examinarea cu o sursă luminoasă. Dacă pupila este dilatată larg (midriază), opacitatea cenușie apare înconjurată de un inel negru.



Cataracta periferică. Determină umbre în „spițe de roată" orientate spre interior – cenușii pe fond negru (la examinarea cu o sursă de lumină) sau negre pe fond roșu (la examinarea cu un oftalmoscop). Dilatarea pupilară, ca în fotografie, facilitează examinarea.

PLANȘA 7-10

Anomalii pupilare

Inegalitatea pupilară (*anizocoria*). Atunci când anizocoria este mai pronunțată în lumină puternică decât în lumină slabă, este afectată capacitatea de constricție a pupilei mai mari. Cauzele includ traumatismele oculare nepenetrante, glaucomul cu unghi deschis (pag. 257) și alterarea inervației parasimpatice a irisului, de exemplu în pupila tonică și în paralizia de nerv oculomotor. Atunci când anizocoria este mai pronunțată în lumină slabă, este afectată capacitatea de dilatare a pupilei mai mici, de exemplu în sindromul Horner, determinat de lezarea fibrelor nervoase simpatice. Vezi de asemenea Planșa 17-12, Aspectul pupilelor la pacienții comatoși, pag. 732.



Pupila tonică (*pupila Adie*). Pupila este mare, cu contur regulat, modificarea fiind de obicei unilaterală. Reacția la lumină este drastic redusă și încetinită, sau chiar absentă. Deși foarte lentă, acomodarea la vederea de aproape este prezentă. Acomodarea lentă determină vedere încețoșată. Reflexele osteotendinoase sunt adesea diminuate.



Paralizia de nerv oculomotor (NC III). Pupila este dilatată și fixă, și nu prezintă nici o reacție la aplicarea unui stimul luminos sau la acomodarea pentru vederea de aproape. Ptoza palpebrală superioară și deviația laterală a globului ocular sunt aproape întotdeauna prezente.

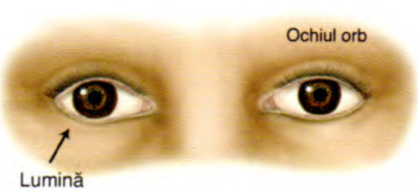


Sindromul Horner. Pupila afectată, deși miotică, reacționează brusc la aplicarea unui stimul luminos și realizează rapid efortul de acomodare la vederea de aproape. Este prezentă ptoza palpebrală, posibil asociată cu absența sudorației la nivelul tegumentului frontal. În sindromul Horner congenital, irisul globului ocular afectat are o culoare mai deschisă comparativ cu cel neafectat (*heterocromie*).



Pupile miotice, neregulate. Pupilele mici, neregulate, care realizează efort de acomodare dar nu reacționează la lumină sunt cunoscute ca *pupile Argyll Robertson*. Sunt întâlnite în sifilisul sistemului nervos central.

Pupile egale și cecitate unilaterală. Cecitatea unilaterală nu determină anizocorie atât timp cât inervația simpatică și parasimpatică a irisului bilateral nu este afectată. Aplicarea unui stimul luminos la nivelul ochiului sănătos determină o reacție directă a acestuia și o reacție consensuală a ochiului orb. Însă stimulul luminos aplicat la nivelul ochiului orb nu determină nici o reacție în nici unul din cei doi ochi.





PLANȘA 7-11

Mișcări neconjugate ale globilor oculari

Există diverse anomalii ale mișcărilor globilor oculari care oferă indicii utile pentru a diferenția tulburările de dezvoltare de afecțiunile nervilor cranieni.

Tulburările de dezvoltare

Mișcările neconjugate ale globilor oculari din cadrul tulburărilor de dezvoltare sunt cauzate de un dezechilibru al tonusului musculaturii oculare. Acest dezechilibru are mai multe cauze, poate fi ereditar și de obicei apare în copilăria timpurie. Aceste devieri sunt clasificate în funcție de direcție:

Esotropie (strabism convergent)



Exotropie (strabism divergent)



Testul de acoperire a ochiului

Testul de acoperire-descoperire a ochiului poate fi util. Iată ce ar trebui să vedeți în cazul esotropiei unilaterale drepte ilustrate mai sus.



Reflexiile corneene sunt asimetrice.

ACOPERIT



Ochiul drept se rotește spre exterior urmărind sursa luminoasă. (Ochiul stâng este acoperit și nu poate fi văzut, dar el deviază spre interior în aceeași măsură.)

DESCOPERIT



Ochiul stâng se rotește către exterior urmărind sursa de lumină. Ochiul drept deviază din nou către interior.

Afecțiuni ale nervilor cranieni

Mișcările neconjugate ale globilor oculari cu debut la vârsta adultă sunt de obicei consecința unor leziuni sau traumatisme ale nervilor cranieni, sau a unor anomalii determinate de traumatisme, scleroză multiplă, sifilis etc.

Paralizia nervului cranian VI stâng

PRIVEȘTE LA DREAPTA



Deviere conjugată a globilor oculari.

PRIVEȘTE DREPT ÎNAINTE



Apare esotropia.

PRIVEȘTE LA STÂNGA



Esotropia este maximă.

Paralizia nervului cranian IV stâng

PRIVEȘTE ÎN JOS ȘI LA DREAPTA



Ochiul stâng nu poate privi în jos atunci când este orientat medial. Devierea oculară este maximă pe această direcție.

Paralizia nervului cranian III stâng

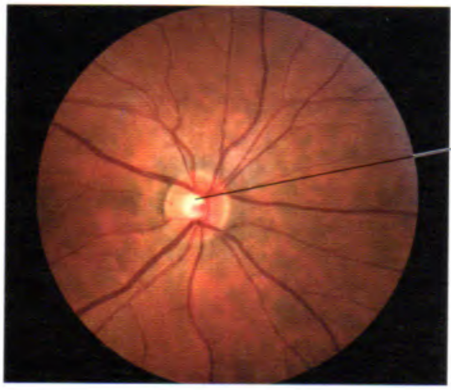
PRIVEȘTE DREPT ÎNAINTE



Ochiul stâng este tracționat lateral prin acțiunea nervului cranian VI. Mișcările oculare în sus, în jos și spre medial sunt afectate sau nu pot fi realizate. Se poate asocia ptoză palpebrală și midriază.

Variaţii normale ale papilei optice

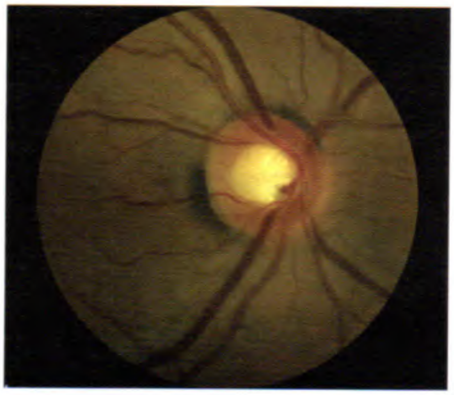
Excavaţia fiziologică





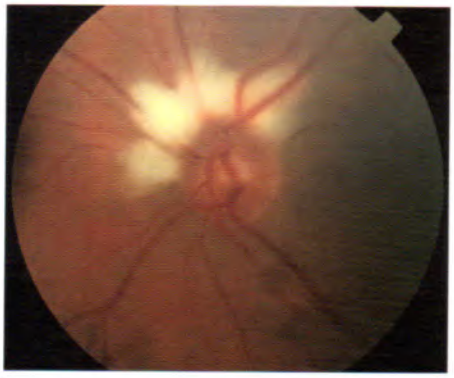
Excavaţia fiziologică este o mică depresiune albicioasă la nivelul papilei optice, unde pare a fi emergenţa vaselor retiniene. Deşi uneori poate lipsi, excavaţia este de obicei vizibilă fie central, fie în regiunea temporală a papilei. Adesea, la baza ei pot fi observate puncte cenuşii.

Imagini inelare şi semilunare



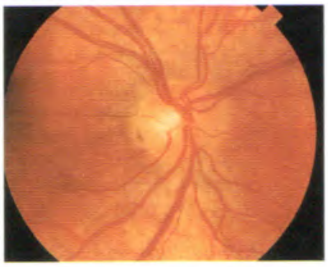
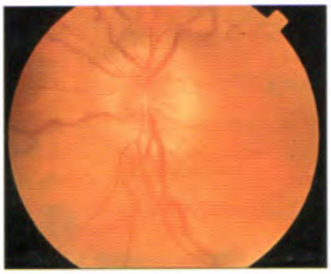
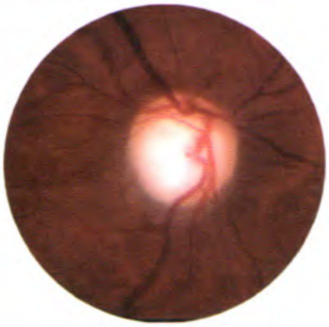
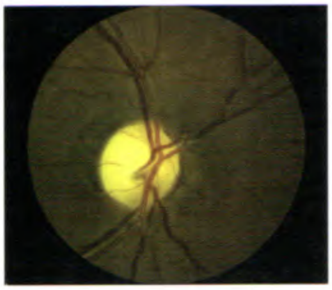
În jurul papilei optice pot fi observate adesea imagini inelare şi semilunare. Ele sunt variante de dezvoltare în care pot fi întrezărite fie sclerotica albă, fie pigmentul negru retinian, sau ambele, mai ales de-a lungul marginii temporale a papilei optice. Imaginile inelare şi semilunare nu fac parte din papila propriu-zisă şi nu ar trebui incluse în estimarea diametrului acesteia.

Fibre nervoase mielinizate



Fibrele nervoase mielinizate sunt o descoperire mai rară, dar mult mai spectaculoasă. Au aspect de pete albe neregulate cu margini festonate, şi maschează marginea papilei optice şi vasele retiniene. Nu au semnificaţie patologică.

Anomalii ale papilei optice

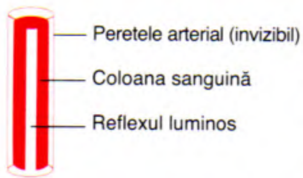
	Substrat	Aspect rezultat
Aspect normal 	Vasele sanguine minuscule conferă culoarea normală papilei optice.	Culoare galben-portocalie până la roz Vase papilare de mici dimensiuni Contur net al papilei optice (exceptând eventual sectorul nazal) Excavația fiziologică este localizată central sau temporal. Poate fi evidentă sau absentă. Diametrul său este de obicei mai mic de jumătate din diametrul papilei.
Edem papilar 	Staza venoasă duce la angorjare și tumefacție	Culoare roz, hiperemică Frecvent, dispariția pulsațiilor venoase Vasele papilare mai vizibile, mai numeroase, arcuindu-se dincolo de marginea papilei Papila tumefiată, cu margini neclare Excavația fiziologică nu este vizibilă.
Excavație glaucomatoasă 	Creșterea presiunii intraoculare duce la accentuarea excavației (deprimarea posterioară a papilei) și atrofie. Baza excavației mărite este palidă.	Excavația fiziologică este mărită, ocupând mai mult de jumătate din diametrul papilei, și uneori chiar ajunge până la marginea acesteia. Vasele retiniene sunt împinse sub excavație, fiind uneori deplasate în direcție nazală.
Atrofie optică 	Distrugerea fibrelor nervoase optice duce la dispariția vaselor mici papilare.	Culoare albă Vasele mici papilare absente

(Sursa: *Aspect normal*—Tasman W, Jaeger E, eds. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001; *Edem papilar, Excavație glaucomatoasă, Atrofie optică*— prin amabilitatea Ken Freedman, MD.)

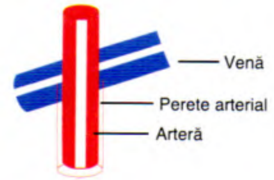
PLANȘA 7-14

Arterele retiniene și încrucișările arterio-venoase: aspectul normal și în condiții de hipertensiune

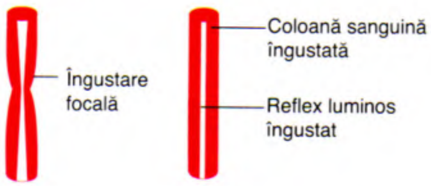
Aspectul normal al arterelor retiniene și al încrucișărilor arterio-venoase (A-V)



Peretele arterial normal este transparent; poate fi observată doar coloana sanguină din interiorul vasului de sânge. Reflexul luminos normal este *îngust – aproximativ o pătrime din diametrul coloanei sanguine*. Deoarece peretele arterial este transparent, vena care încrucișează posterior artera poate fi văzută în imediata vecinătate a coloanei sanguine, de o parte și de alta a acesteia.



Aspectul arterelor retiniene în hipertensiune



În hipertensiune arterele pot prezenta îngustări focale sau difuze. Reflexul luminos este de asemenea îngustat. Peretele arterial este îngroșat și își pierde din transparență.

Aspectul de sârmă de cupru



Uneori arterele, în special cele situate în apropierea papilei optice, devin mai groase și tortuoase, iar reflexul luminos este crescut, având o strălucire vie similară cu cea a cuprului.

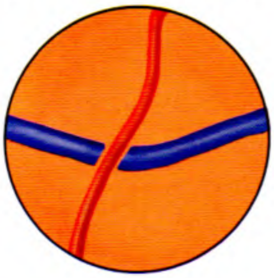
Aspectul de sârmă de argint

Ocazional, în porțiunea îngustată a unei artere peretele vascular devine atât de opac încât nu mai poate fi văzută coloana sanguină de la acel la nivel. Această modificare dă aspectul de sârmă de argint.

Încrucișările arterio-venoase

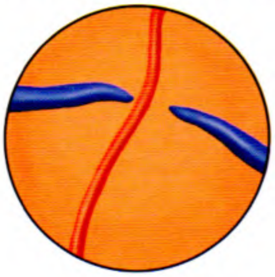
Când pereții arteriali își pierd transparența, se produc modificări ale încrucișărilor arterio-venoase. Transparența scăzută a retinei contribuie și ea probabil la primele două tipuri de modificări prezentate mai jos.

CONSTRICȚIA (GÂTUIREA) VENEI



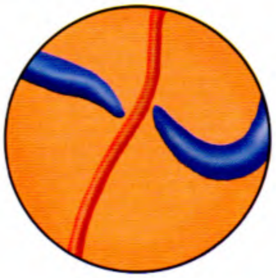
Vena pare a se opri brusc de o parte și de alta a arterei (aspect întrerupt, produs de pierderea transparenței peretelui arterial din hipertensiune).

ÎNGUSTAREA PROGRESIVĂ A VENEI



Îngustarea progresivă. Îngustarea treptată a venei de o parte și de alta a arterei.

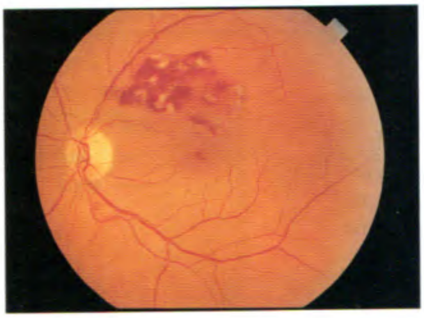
RĂSUCIREA VENEI

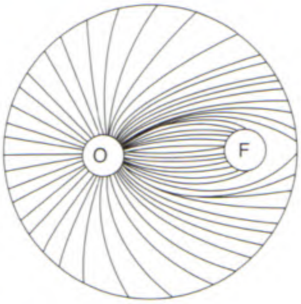


Răsucirea venei. Răsucirea venei distal de arteră, cu formarea unei curbe largi, întunecate.

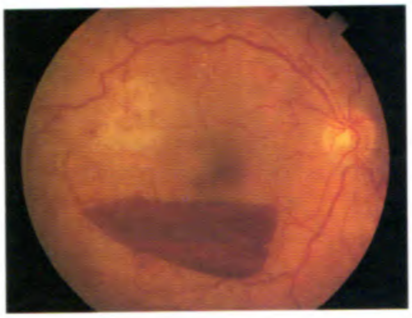
PLANȘA 7-15

Pete și striuri roșii la nivelul fundului de ochi

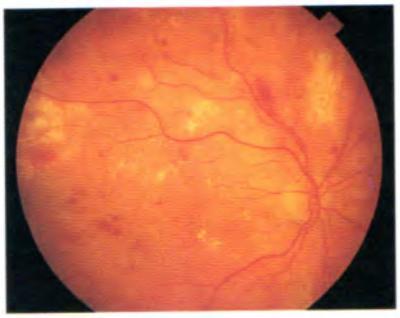




Hemoragiile retiniene superficiale —sunt striuri roșii de mici dimensiuni, liniare, "în flacără", localizate la nivelul fundului de ochi și modelate de fasciculele superficiale de fibre nervoase care pornesc de la papila optică și au dispoziție radiară conform modelului din figură (O = papila optică; F = fovea). Uneori, aceste hemoragii sunt grupate, dând impresia unei hemoragii mai mari, dar pot fi identificate prin striurile liniare marginale. Hemoragiile retiniene superficiale apar în hipertensiunea severă, edemul papilar, ocluzia venei retiniene și alte afecțiuni. O hemoragie retiniană superficială ocazională are un centru alb, alcătuit din fibrină. Hemoragiile retiniene cu centrul alb pot avea diverse cauze.



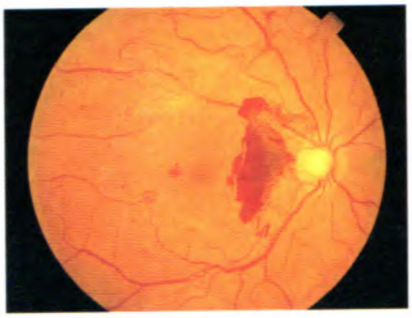
Hemoragia preretiniană —apare prin extravazarea sângelui în spațiul potențial dintre retină și vitros. În mod obișnuit, această hemoragie este mai mare decât hemoragiile retiniene. Deoarece este localizată anterior de retină, ea maschează vasele retiniene subiacente. La pacientul aflat în ortostatism hematiile se depun și creează o linie orizontală de demarcație între plasma situată superior și celulele situate inferior. Una din cauze este creșterea bruscă a presiunii intracraniene.



Hemoragiile retiniene profunde —sunt pete roșii mici, rotunde, ușor neregulate, numite uneori hemoragii punctiforme. Au localizare mai profundă la nivelul retinei decât hemoragiile "în flacără". O cauză obișnuită este diabetul.



Microanevrismele—pete roșii minuscule, rotunde, observate de obicei (dar nu exclusiv) în aria maculară și perimaculară. Reprezintă dilatații minuscule ale vaselor retiniene, însă conexiunile vasculare sunt prea mici pentru a putea fi vizualizate prin oftalmoscopie. Sunt întâlnite în retinopatia diabetică, dar pot avea și alte cauze.



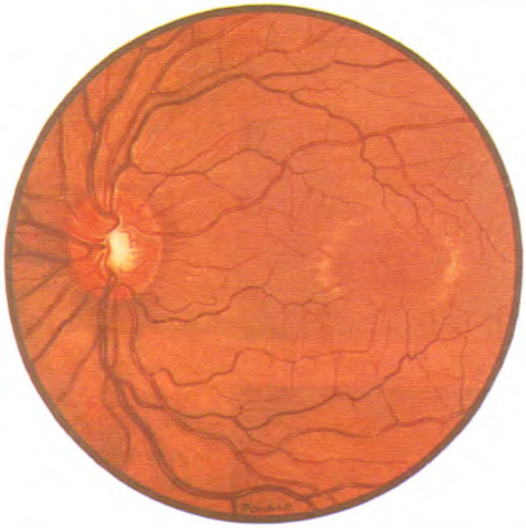
Neovascularizația—se referă la formarea unor vase sanguine noi. Acestea sunt mai numeroase, mai sinuoase și mai înguste comparativ cu celelalte vase de sânge din regiunea respectivă și formează arcade roșii dezordonate. Cel mai frecvent apar în stadiul avansat, proliferativ al retinopatiei diabetice. Vasele pot continua să crească în vitros, unde produc dezlipire de retină sau hemoragie care determină cecitate.

(Sursa fotografiilor: Tasman W, Jaeger E, eds. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.)

PLANȘA 7-16

Fundul de ochi: aspectul normal și în retinopatia hipertensivă[40]





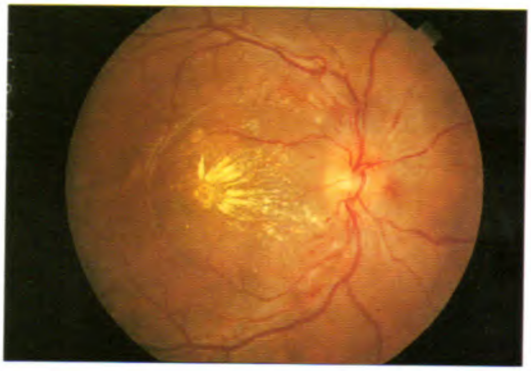
Fund de ochi normal la o persoană cu fototip deschis

Examinați papila optică. Urmăriți traseul vaselor principale pe 4 direcții, observând dimensiunea relativă a acestora și încrucișările arterio-venoase – ambele normale în imagine. Examinați macula. Fovea de culoare ușor mai închisă este abia perceptibilă; în exemplu nu se observă nici un reflex luminos. Decelați orice leziuni retiniene. Observați aspectul dungat sau mozaicat al fundului de ochi, mai ales în porțiunea inferioară, conferit de vasele sanguine coroidiene subiacente normale.

Fund de ochi normal la o persoană cu fototip închis

Similar, examinați papila optică, vasele, macula și retina. Inelul din jurul foveii este o reflexie luminoasă normală. Fundul de ochi are o tentă gri maronie, aproape purpurie, conferită de pigmentul retinian, care maschează vasele coroidiene; nu este vizibil aspectul mozaicat. Fundul de ochi are tentă roșiatică la o persoană brunetă cu tegumente de culoare deschisă.





Retinopatie hipertensivă[40]

Se observă modificări importante ale încrucișărilor arterio-venoase, mai ales la nivelul vaselor de la polul inferior. Aspectul de sârmă de cupru al arteriolelor este prezent. Imediat superior de papila optică se observă o pată vătuită. Ocazional poate fi prezent drusenul papilar, dar prezența acestuia nu este corelată cu hipertensiunea.

Retinopatie hipertensivă cu stea maculară

Exsudatele punctiforme sunt ușor de observat: unele sunt dispersate; altele sunt dispuse radiar în jurul foveii, formând o stea maculară. Observați cele două exsudate mici, moi, aflate la cca 1 diametru papilar distanță de papila optică. Identificați hemoragiile "în flacără" din dreptul orei 7 și 8; câteva pot fi observate și în dreptul orei 10. Aceste modificări ale fundului de ochi sunt tipice pentru hipertensiunea malignă și sunt frecvent însoțite de edem papilar (pag. 220).

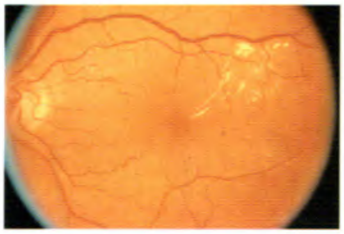
(Sursa fotografiilor: *Retinopatie hipertensivă, Retinopatie hipertensivă cu stea maculară* – Tasman W, Jaeger E, eds. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.)

PLANȘA 7-17

Fundul de ochi în retinopatia diabetică[41]

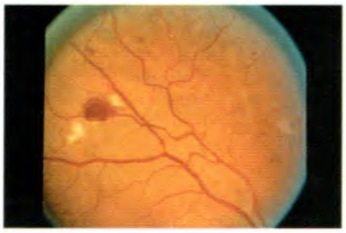
Retinopatia diabetică

Examinați cu atenție imaginile fundului de ochi din fotografiile de mai jos. Acestea reprezintă standardul național pe baza căruia oftalmologii evaluează retinopatia diabetică.



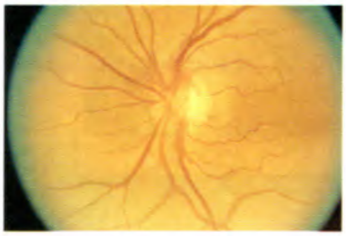
Retinopatia nonproliferativă moderat severă

Observați punctele roșii minuscule sau microanevrismele. Observați de asemenea inelul constituit din exsudate dure (punctele albe) cu localizare supero-temporală. Îngroșarea retiniană sau edemul local pot afecta acuitatea vizuală dacă se extind până la centrul maculei (depistarea necesită un examen stereoscopic de specialitate).



Retinopatia nonproliferativă severă

În cadranul temporal superior se observă o hemoragie retiniană importantă situată între două pete vătuite, aspectul moniliform al venei care trece imediat superior de acestea și micile vase retiniene tortuoase de deasupra arterei temporale superioare.



Retinopatia proliferativă cu neovascularizație

Observați vasele de neoformație preretiniene, care iau naștere la nivelul papilei și se extind dincolo de marginile sale. Acuitatea vizuală este deocamdată în limite normale, dar riscul de pierdere a vederii este mare (fotocoagularea reduce acest risc cu >50%).

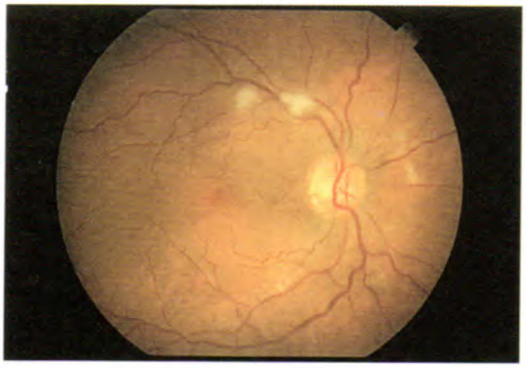


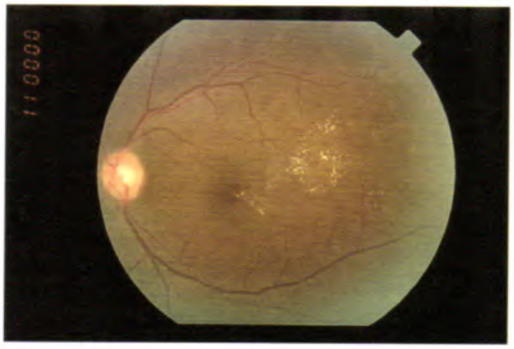
Retinopatia proliferativă avansată

Imaginea provine de la același ochi, dar a fost obținută doi ani mai târziu, interval în care pacientul nu a urmat nici un tratament. Procesul de neovascularizație este mai accentuat și asociat cu proliferare fibroasă, deformarea maculei și reducerea acuității vizuale.

(Sursa fotografiilor: *Retinopatia nonproliferativă moderat severă, Retinopatia proliferativă cu neovascularizație, Retinopatia nonproliferativă severă, Retinopatia proliferativă avansată* – Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Prin amabilitatea MF Davis, MD, University of Wisconsin, Madison.)

Pete de culoare deschisă la nivelul fundului de ochi





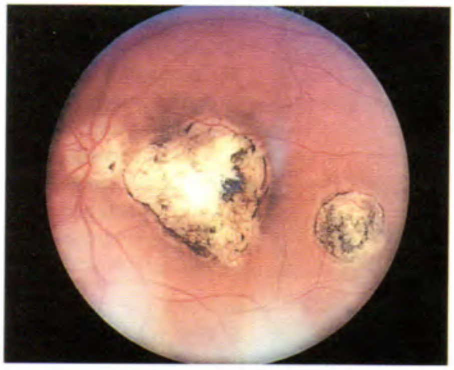
Exsudate moi: petele vătuite

Petele vătuite sunt leziuni ovoide de culoare albă sau cenușie, cu margini neregulate și estompate („moi"). Au dimensiuni medii, dar de obicei sunt mai mici decât papila optică. Apar în urma infarctizării fibrelor nervoase, fiind întâlnite în hipertensiune și multe alte afecțiuni.

Exsudate dure

Exsudatele dure sunt leziuni de culoare crem sau gălbuie, adesea strălucitoare, cu margini net delimitate („dure"). Sunt mici și au formă rotundă, însă pot conflua formând pete neregulate mai mari. Adesea apar grupate sau dispuse în aranjamente circulare, liniare sau stelate. Cauzele includ diabetul și hipertensiunea.





Drusen

Acesta constă în pete rotunde gălbui de dimensiuni variabile, de la minuscule până la mici. Marginile pot fi estompate, ca în imagine, sau bine delimitate (pag. 222). Au o distribuție aleatorie, însă pot fi concentrate la nivelul polului posterior. Drusenul apare în procesul fiziologic de îmbătrânire, dar poate fi prezent și în diverse afecțiuni, printre care degenerescența maculară senilă.

Corioretinita cicatricială

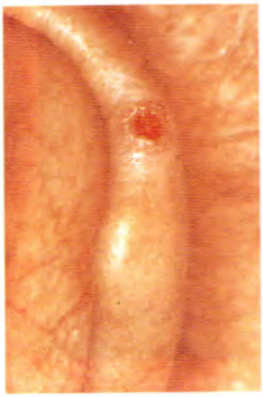
În acest caz procesul inflamator a distrus țesuturile superficiale, și astfel a devenit vizibilă o porțiune de sclerotică albă, bine delimitată, de formă neregulată, parțial cu pigment negru. Dimensiunea leziunii poate varia de la mică la foarte mare. Imaginea este ilustrativă pentru *toxoplasmoză*. Prezența ariilor similare mici, multiple poate fi determinată de laserterapie. În imagine se observă și o cicatrice temporală în apropierea maculei.

(Sursa fotografiilor: *Pete vătuite, Drusen, Corioretinita cicatricială* – Tasman W, Jaeger E eds. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001; Exsudate dure – prin amabilitatea Ken Freedman, MD.)

Noduli auriculari sau periauriculari



Cheloidul. O masă nodulară de țesut cicatricial hipertrofic cu consistență fermă, care se extinde dincolo de limitele leziunii inițiale. Se poate dezvolta la nivelul oricărei cicatrici, dar cel mai frecvent apare în regiunea umerilor și toracelui superior. Dezvoltarea unui cheloid la nivelul unui lob auricular perforat poate avea consecințe inestetice. Cheloidele sunt mai frecvente la persoanele cu fototipuri mai închise. Tratamentul cheloidului poate fi urmat de recidive.



Condrodermatita nodulară cronică a urechii. Această leziune inflamatorie cronică debutează sub forma unei papule dureroase, sensibile, la nivelul helixului sau antehelixului. Leziunea din imagine este surprinsă într-un stadiu mai avansat de evoluție, caracterizat prin ulcerație și formare de cruste. Poate exista eritem local. Pentru a exclude diagnosticul de carcinom este necesară biopsia.



Tofii. Sunt depozite de cristale de acid uric caracteristice pentru guta cronică tofacee. Au aspectul de noduli duri situați pe helix sau antehelix, de la nivelul cărora se elimină un material cristalin alb cretos la suprafața tegumentului. Pot avea și alte localizări, cum ar fi periarticular, la nivelul mâinilor (pag. 649), picioarelor sau în alte zone. De obicei apar la persoanele cu niveluri sanguine înalte și susținute ale acidului uric.



Carcinomul bazocelular. Nodulul din imagine prezintă suprafață lucioasă cu vase telangiectatice caracteristice pentru carcinomul bazocelular, o formațiune neoplazică des întâlnită, cu creștere lentă, care metastazează rareori. Evoluția tumorii poate include creșterea în dimensiuni și ulcerația. Acest tip de tumoră este mai frecvent la persoanele cu fototipuri deschise și istoric de expunere exagerată la soare.



Chistul cutanat. Numit în trecut *chist sebaceu*, acesta este o formațiune cupuliformă dezvoltată în derm care formează un sac ferm, închis și benign, atașat de epiderm. La suprafața chistului este vizibil un punct de culoare închisă (punct negru). Din punct de vedere histologic poate fi (1) un *chist epidermoid*, care apare frecvent la nivelul feței și gâtului, sau (2) un *chist trichilemal* (pilar sau sebaceu), prezent de obicei pe scalp. Ambele tipuri se pot inflama.



Nodulii reumatoizi. Poliartrita reumatoidă se caracterizează prin prezența unor noduli subcutanați mici pe helix sau antehelix, dar și la nivelul mâinilor, de-a lungul marginii ulnare distal de articulația cotului (pag. 648), la nivelul genunchilor și călcâielor. Traumatismele repetate pot produce ulcerații. Acești noduli pot preceda artrita.

(Sursa fotografiilor: *Cheloidul* – Sams WM Jr, Lynch PJ, eds. Principles and Practice of Dermatology. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1990; *Tofii* – du Vivier A. Atlas of Clinical Dermatology, 2nd ed. London, UK: Gower Medical Publishing, 1993; *Chistul cutanat, Condrodermatita nodulară cronică a urechii* – Young EM, Newcomer VD, Kligman AM. Geriatric Dermatology: Color Atlas and Practitioner's Guide. Philadelphia, Lea & Febiger, 1993; *Carcinomul bazocelular* – N Engl J Med, 326:169-170, 1992; *Nodulii reumatoizi* – Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Rook/ Wilkinson/ Ebling Textbook of Dermatology, 5th ed. Oxford, UK: Blackwell Scientific, 1992.)

PLANŞA

7-20 Anomalii ale timpanului



Timpanul normal (drept)

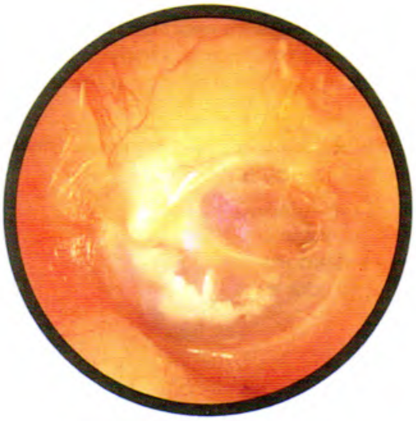
Timpanul normal drept (membrana timpanică) din imagine are o culoare roz cenuşie. Observaţi ciocanul situat posterior de partea superioară a timpanului. Deasupra procesului lateral se întinde *pars flaccida*. Restul membranei timpanice reprezintă *pars tensa*. De la umbo, triunghiul luminos se extinde anterior şi inferior. Posterior de ciocan este vizibilă o porţiune a nicovalei, în spatele timpanului. Micile vase sanguine care pot fi observate de-a lungul mânerului ciocanului au un aspect normal.



Perforaţia timpanului

Perforaţiile sunt orificii ale membranei timpanice apărute de obicei în urma unor infecţii supurative ale urechii medii. Ele pot fi perforaţii *centrale*, care nu implică marginea membranei timpanice şi perforaţii *periferice*, care implică şi marginea timpanului.

Imaginea ilustrează cel mai frecvent tip, respectiv perforaţia centrală. Un inel eritematos de ţesut de granulaţie înconjoară perforaţia, fiind un indiciu al infecţiei cronice. Membrana timpanică prezintă zone cicatriciale, nefiind vizibile reperele. Prin orificiu drenează secreţia rezultată in urma procesului infecţios al urechii medii. De obicei perforaţia se închide în cadrul procesului de vindecare, ca în fotografia următoare. Membrana care acoperă perforaţia poate fi excesiv de subţire şi transparentă.



Timpanoscleroza

În partea inferioară a acestei membrane timpanice stângi se găseşte un placard mare, alb cretos, cu margini neregulate. Leziunea este tipică pentru timpanoscleroză şi reprezintă un depozit de material hialin în structura membranei timpanice, apărut uneori după un episod sever de otită medie. De obicei nu afectează auzul şi rareori are semnificaţie clinică.

Alte anomalii ale membranei timpanice din imagine includ o *perforaţie vindecată* (zona ovală mare din sectorul postero-superior al timpanului) şi semne de *retracţie timpanică*. Membrana timpanică retractată este tracţionată medial, în sens opus privirii examinatorului, iar pliurile ciocanului sunt mai bine conturate. Procesul lateral al ciocanului proemină, iar mânerul, tracţionat către interior la nivelul umbo, pare scurtat şi orizontalizat.

(Sursa fotografiilor: *Timpanul normal* – Hawke M, Keene M, Alberti PW. Clinical Otoscopy: A Text and Colour Atlas. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984; *Perforaţia timpanului, Timpanoscleroza* – prin bunăvoinţa lui Michael Hawke, MD, Toronto, Canada.)

(planşa continuă la pag. 270)

Anomalii ale timpanului (continuare)



Otita seroasă

Otitele seroase sunt produse de infecţii respiratorii superioare de etiologie virală (*otita medie cu secreţie seroasă*) sau de modificări bruşte ale presiunii atmosferice, de exemplu în timpul zborului sau scufundărilor (*barotrauma otică*). Trompele lui Eustachio nu pot egaliza presiunea aerului din urechea medie cu cea atmosferică. Aerul este parţial sau complet absorbit din urechea medie în torentul sanguin, iar lichidul seros se acumulează în locul ocupat anterior de aer. Simptomele includ senzaţia de plenitudine şi pocnete la nivelul urechii, uşoară hipoacuzie (prin mecanism de transmisie) şi eventual durere.

Lichidul de culoarea chihlimbarului acumulat posterior de membrana timpanică are aspect caracteristic, redat în imaginea obţinută de la un pacient cu barotraumă otică. De o parte şi de alta a procesului lateral al ciocanului se remarcă un nivel hidroaeric, o delimitare între aerul situat superior şi lichidul situat inferior. În lichidul seros se observă câteva bule de aer (acestea nu sunt întotdeauna prezente).



Otita medie acută cu secreţie purulentă

Otita medie acută cu secreţie purulentă este produsă de o infecţie bacteriană. Simptomele includ otalgie, febră şi hipoacuzie. Membrana timpanică devine eritematoasă, cu pierderea reperelor normale şi bombare laterală, către ochiul examinatorului.

În imagine, membrana timpanică este bombată şi majoritatea reperelor sunt estompate. Eritemul predomină în vecinătatea umbo, însă vasele sanguine dilatate sunt vizibile pe toata suprafaţa timpanului. Frecvent există un eritem difuz care afectează întreaga membrană timpanică. Poate evolua cu ruptura spontană (perforaţia) a timpanului şi evacuarea de material purulent în conductul auditiv extern.

Hipoacuzia rezultată este de transmisie. Otita medie acută purulentă este mult mai frecventă la copii decât la adulţi.



Miringita buloasă

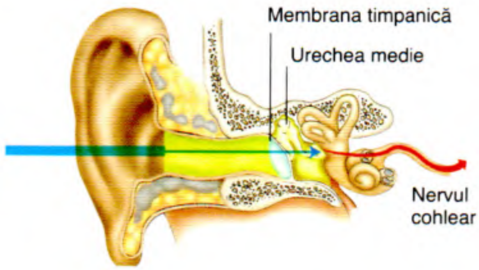
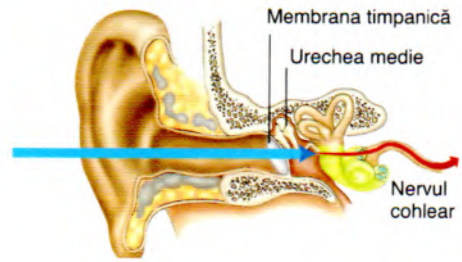
Miringita buloasă este o infecţie virală manifestată prin apariţia unor vezicule hemoragice dureroase la nivelul membranei timpanice, conductului auditiv extern sau ambelor. Simptomele includ otalgie, secreţie otică cu striuri de sânge şi hipoacuzie de transmisie.

În cazul urechii drepte din imagine pot fi observate cel puţin două vezicule mari (bule) la nivelul timpanului. Timpanul este eritematos, cu repere estompate.

Etiologia afecţiunii include mai multe virusuri şi mycoplasma.

(Sursa fotografiilor: *Otita seroasă* – Hawke M, Keene M, Alberti PW. Clinical Otoscopy: A Text and Colour Atlas. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984; *Otita medie acută, Miringita buloasă* – The Wellcome Trust, National Medical Slide Bank, London, UK.)

Tipuri de surditate

	Surditatea de transmisie	Surditatea neurosenzorială
		
Fiziopatologie	Leziunile urechii externe sau medii afectează transmiterea sunetelor către urechea internă. Cauzele includ corpii străini, *otita medie*, perforaţiile membranei timpanice şi otoscleroza oscioarelor auditive.	Afecţiunile urechii interne implică nervul cohlear şi transmiterea impulsurilor nervoase către creier. Cauzele includ expunerea la zgomote puternice, infecţii ale urechii interne, traumatisme, afecţiuni congenitale şi familiale şi îmbătrânirea.
Vârsta uzuală la debut	În copilărie şi la adultul tânăr, până la vârsta de 40 de ani	Vârstă medie sau înaintată
Conductul auditiv şi membrana timpanică	Modificările sunt de obicei vizibile, cu excepţia otosclerozei	Nu se constată modificări vizibile
Efecte	• Efect limitat asupra sunetelor • Percepţia auditivă pare a se îmbunătăţi în medii zgomotoase • Vocea devine dulce deoarece urechea internă şi nervul cohlear sunt neafectate	• Este afectată percepţia în registrul amplitudinii înalte, astfel încât sunetele pot fi distorsionate. • Percepţia auditivă scade în medii zgomotoase • Vocea poate căpăta o tonalitate mai înaltă, deoarece auzul este îngreunat.
Proba Weber *(în hipoacuzia unilaterală)*	• Diapazonul la nivelul vertexului • Sunetul este lateralizat de partea *urechii afectate* – zgomotul de fond nu este bine auzit, iar detecţia vibraţiilor este *îmbunătăţită*.	• Diapazonul la nivelul vertexului • Sunetul este lateralizat de partea *urechii sănătoase* – leziunile urechii interne sau ale nervului cohlear afectează transmisia către urechea bolnavă.
Proba Rinne	• Diapazonul în dreptul deschiderii conductului auditiv extern, apoi pe procesul mastoid • Conducerea osoasă mai mare sau egală cu conducerea aeriană ($CO \geq CA$). În timp ce conducerea aeriană la nivelul urechii externe sau medii este afectată, vibraţiile transmise prin os scurtcircuitează această cale şi ajung la cohlee.	• Diapazonul în dreptul deschiderii conductului auditiv extern, apoi pe procesul mastoid • Conducerea aeriană mai mare decât conducerea osoasă ($CA > CO$). Urechea internă sau nervul cohlear au capacitate alterată de a transmite impulsurile, indiferent de calea pe care vibraţiile ajung la cohlee. Modelul normal predomină.

PLANȘA 7-22

Anomalii ale buzelor



Cheilita angulară

Cheilita angulară debutează prin scăderea fermității tegumentului la nivelul comisurilor bucale, urmată de apariția fisurilor. Poate fi consecința unor deficite nutriționale sau, mai frecvent, a tulburărilor de ocluzie dentară la edentați sau la cei cu proteze inadecvate. Saliva produce umezirea constantă și macerarea tegumentului răsfrânt spre interior, ceea ce favorizează suprainfectarea cu *Candida*, ca în imagine.



Cheilita actinică

Cheilita actinică este rezultatul expunerii excesive la soare și afectează mai ales buza inferioară. Bărbații cu fototip deschis care lucrează predominant în aer liber sunt cel mai frecvent afectați. Buza afectată își pierde nuanța roșie normală și poate deveni scuamoasă, îngroșată și ușor răsfrântă spre exterior. Deoarece radiațiile solare sunt un factor favorizant pentru dezvoltarea carcinoamelor de buză, aveți în vedere și această posibilitate.



Herpes simplex *(herpes)*

Virusul herpes simplex (VHS) produce erupții veziculoase recurente și dureroase la nivelul buzelor și tegumentelor din vecinătatea acestora. Inițial se dezvoltă un grup mic de vezicule. Pe măsură ce acestea se sparg, se formează cruste gălbui-maronii, iar vindecarea are loc în 10-14 zile. În imagine pot fi observate ambele stadii descrise.



Angioedemul

Angioedemul este un edem difuz, dur, care nu lasă godeu, al dermului și țesutului subcutanat. Se instalează rapid și de obicei dispare în următoarele ore sau zile. Deși în general are etiologie alergică și se poate asocia cu urticaria, nu este pruriginos.

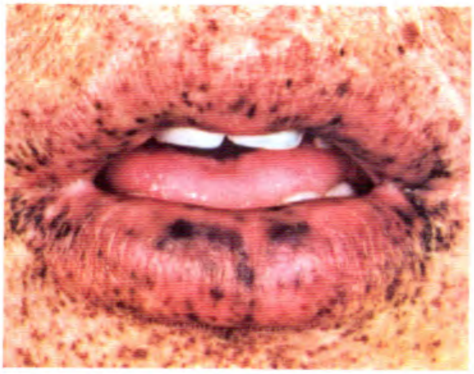
(Sursa fotografiilor: *Cheilita angulară, Herpes simplex, Angioedemul* – Neville B, et al. Color Atlas of Clinical Oral Pathology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1991; folosit cu permisiune; *Cheilita actinică* – Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Diseases. Philadelphia, Lea & Febiger, 1992; folosit cu permisiune.)

(planșa continuă la pag. 273)



Telangiectazia hemoragică ereditară

Multiple pete roşii mici la nivelul buzelor sunt un indiciu solid în favoarea telangiectaziei hemoragice ereditare. Petele pot fi vizibile şi pe faţă, pe mâini şi în cavitatea bucală. Ele sunt de fapt capilare dilatate şi pot sângera dacă sunt traumatizate. Persoanele afectate manifestă deseori epistaxis şi hemoragii gastro-intestinale.



Sindromul Peutz-Jeghers

Acest sindrom trebuie suspectat atunci când petele pigmentare de pe buze sunt mai evidente decât efelidele (pistruii) de pe tegumentul adiacent. Prezenţa pigmentului la nivelul mucoasei jugale este un element de confirmare a diagnosticului. Petele pigmentare pot fi prezente şi pe faţă şi mâini. Adesea se asociază polipoza intestinală.



Şancrul sifilitic

Această leziune caracteristică sifilisului primar apare mai degrabă la nivelul buzelor decât al organelor genitale. Este o leziune fermă, indurată, ulcerată, care poate fi acoperită de cruste. Şancrul poate semăna cu un carcinom sau cu o erupţie herpetică acoperită de cruste. Deoarece are caracter infecţios, purtaţi mănuşi atunci când palpaţi orice leziune suspectă.



Carcinomul de buză

Ca şi cheilita actinică, acesta afectează cu precădere buza inferioară. Se poate prezenta sub forma unui placard scuamos, a unui ulcer cu sau fără crustă, sau a unui nodul, ca în imagine. Fototipul deschis şi expunerea prelungită la soare sunt factorii de risc uzuali.

(Sursa fotografiilor: *Telangiectazia hemoragică ereditară* – Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Diseases. Philadelphia, Lea & Febiger, 1992; folosit cu permisiune; *Sindromul Peutz-Jeghers* – Robinson HBG, Miller AS. Colby, Kerr, and Robinson's Color Atlas of Oral Pathology. Philadelphia, JB Lippincott, 1990; *Şancrul sifilitic* – Wisdom A. A Colour Atlas of Sexually Transmitted Diseases, 2nd ed. London, Wolfe Medical Publications, 1989; *Carcinomul de buză* – Tyldesley WR. A Colour Atlas of Orofacial Diseases, 2nd ed. London, Wolfe Medical Publications, 1991.)

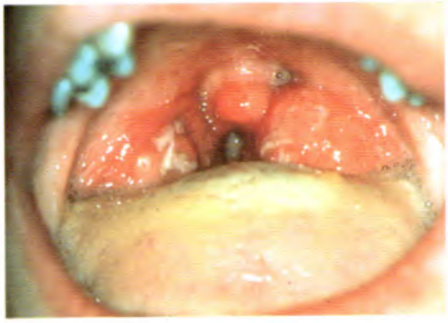
PLANȘA 7-23

Modificări ale faringelui, palatului și mucoasei orale



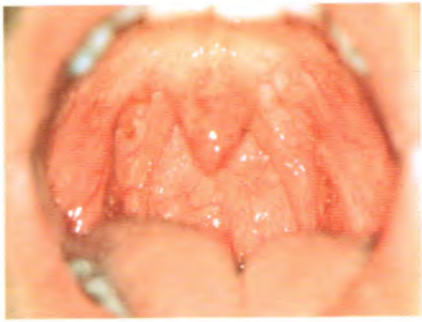
Hipertrofia amigdaliană fără semnificaţie patologică

Amigdalele normale pot fi mărite de volum fără a fi infectate, mai ales la copii. Ele proemină medial dincolo de pilieri, și pot ajunge chiar până la linia mediană; la acest nivel, ele ating marginile laterale ale uvulei și maschează faringele. Culoarea lor este roz. Semnele albe apar prin reflexia luminii, nu sunt exsudate.



Tonsilita exsudativă

Faringele este eritematos, iar pe suprafaţa amigdalelor palatine este prezent un exsudat alb. Aceste modificări, împreună cu febra și adenopatia cervicală cresc probabilitatea de *infecţie cu streptococ grup A* sau de *mononucleoză infecţioasă*. În infecţia streptococică predomină adenopatia cervicală anterioară, iar în mononucleoza infecţioasă adenopatia cervicală posterioară.



A

Faringita

Cele două fotografii ilustrează exemple de faringe eritematos fără exsudat.

În imaginea **A**, eritemul și hiperemia pilierilor și uvulei sunt ușoare spre moderate.

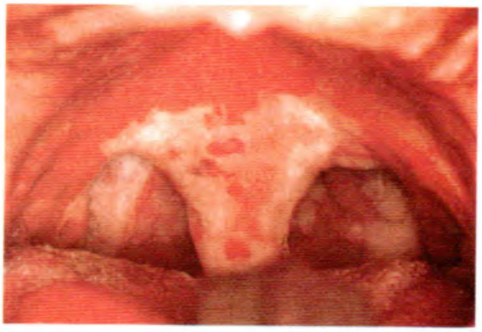


B

În imaginea **B**, eritemul este difuz și intens. Ambii pacienţi acuză durere la deglutiţie, sau măcar senzaţie de iritaţie locală. Cauzele includ diverse tipuri de virusuri și bacterii. Dacă pacientul nu are febră, exsudat sau limfadenopatie cervicală, probabilitatea de infecţie cu unul din cei doi agenţi etiologici uzuali – ***streptococul de grup A*** și ***virusul Epstein Barr*** (agentul mononucleozei) este foarte mică.

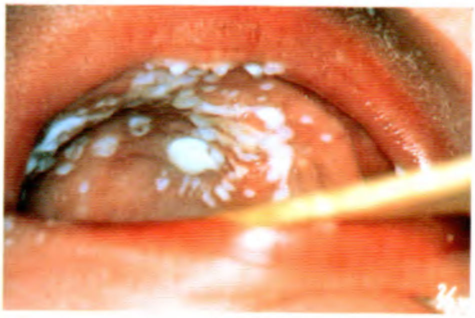
(Sursa fotografiilor: *Hipertrofia amigdaliană fără semnificație patologică*, *Tonsilita exsudativă*, *Faringita [A și B]* – The Wellcome Trust, National Medical Slide Bank, London, UK.)

(planșa continuă la pag. 275)



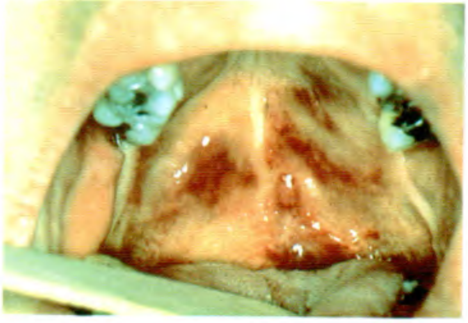
Difteria

Difteria (infecție acută cauzată de *Corynebacterium diphtheriae*) este în prezent o afecțiune rară, dar încă importantă. Stabilirea promptă a diagnosticului este esențială pentru instituirea tratamentului salvator. Faringele este de culoare roșu închis, iar uvula, faringele și limba prezintă un exsudat cenușiu (pseudomembrane). Boala evoluează cu obstrucția căilor aeriene.



Candidoza la nivelul palatului

Candidoza este o infecție micotică al cărei agent etiologic este *Candida*. În imagine candidoza a afectat palatul, dar leziunile pot fi prezente oriunde în cavitatea bucală (vezi pag. 279). Placardele albe, groase sunt relativ aderente de mucoasa subiacentă. Factorii predispozanți includ (1) tratamentele prelungite cu antibiotice sau cu corticosteroizi și (2) SIDA.



Sarcomul Kaposi din SIDA

Culoarea purpurie închisă a acestor leziuni, deși nu are un caracter obligatoriu, este un indiciu înalt sugestiv pentru sarcomul Kaposi. Leziunile pot fi aplatizate sau supradenivelate. La persoanele cu SIDA, palatul este un sediu frecvent de apariție al acestei tumori (vezi imaginea alăturată).



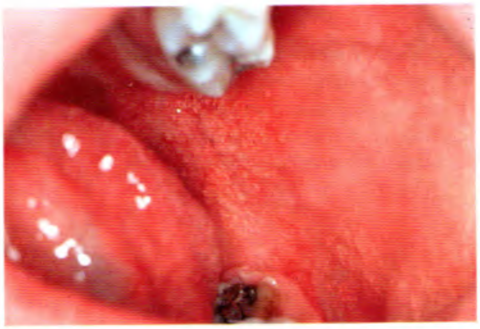
Torus palatin

Torus palatin este o excrescență osoasă situată pe linia mediană a palatului dur, relativ frecventă la adulți. Dimensiunea și numărul de lobuli sunt variabile. Deși alarmantă la prima privire, această exostoză este inofensivă. În exemplul din imagine, proteza arcadei superioare a fost concepută astfel încât să se muleze în jurul torusului.

(Sursa fotografiilor: *Difteria* – Harnisch JP, et al. Diphtheria among alcoholic urban adults. Ann Intern Med 1989; 111:77; *Candidoza la nivelul palatului* – The Wellcome Trust, National Medical Slide Bank, London, UK; *Sarcomul Kaposi din SIDA* – Ioachim HL. Textbook and Atlas of Disease Associated With Acquired Immune Deficiency Syndrome. London, UK, Gower Medical Publishing, 1989.)

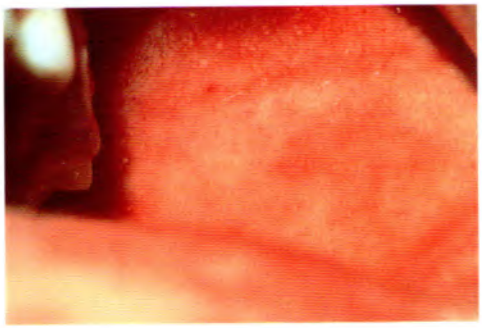
(planșa continuă la pag. 276)

Modificări ale faringelui, palatului şi mucoasei orale (continuare)



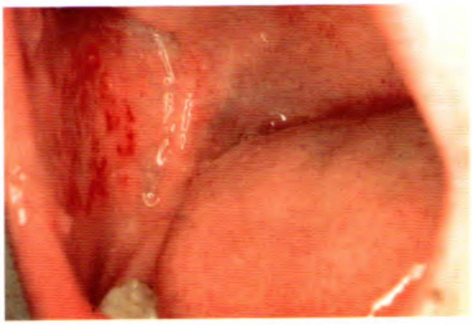
Punctele Fordyce

Punctele Fordyce sunt glande sebacee normale care apar ca mici puncte gălbui situate pe mucoasa jugală sau pe buze. Pacientul îngrijorat trebuie asigurat de caracterul lor benign. În imagine sunt evidente anterior de limbă, pe mucoasa mandibulei. De obicei punctele Fordyce nu sunt atât de numeroase.



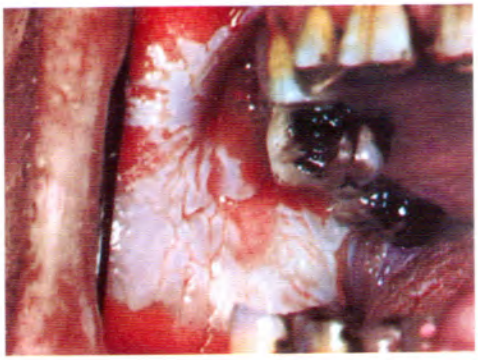
Semnul Koplik

Acesta este un semn precoce de rujeolă (pojar). Aspectul este al unor puncte albe mici care seamănă cu granulele de sare, dispuse pe un fundal roşu. De obicei apar pe mucoasa jugală în apropierea primului şi a celui de-al doilea molar. În fotografia alăturată priviţi şi treimea superioară a mucoasei. Exantemul din rujeolă apare în decurs de o zi.



Peteşiile

Peteşiile sunt pete roşii mici apărute prin extravazarea sângelui din capilare în ţesuturi. Peteşiile de la nivelul mucoasei jugale (vezi imaginea) sunt cauzate de obicei de muşcarea accidentală a obrazului. Peteşiile mucoasei orale pot avea ca substrat infecţii sau scăderea agregării plachetare, dar şi traumatisme.

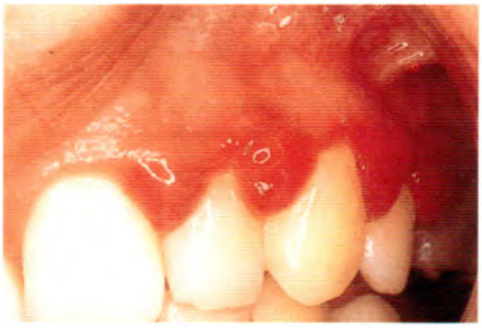


Leucoplazia

Leucoplazia este reprezentată de un placard albicios îngroşat care poate apărea oriunde pe mucoasa orală. Afectarea extinsă din imaginea alăturată este cauzată de mestecarea de rutină a tutunului, un iritant local. Acest tip de proces iritativ poate duce la cancer.

(Sursa fotografiilor: *Punctele Fordyce* – Neville B, et al. Color Atlas of Clinical Oral Pathology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1991; folosit cu permisiune; *Semnul Koplik, Peteşiile* – The Wellcome Trust, National Medical Slide Bank, London, UK; *Leucoplazia* – Robinson HBG, Miller AS. Colby, Kerr, and Robinson's Color Atlas of Oral Pathology. Philadelphia, JB Lippincott, 1990.)

PLANȘA 7-24 Modificări ale dinților și gingiilor



Gingivita marginală

Gingivita marginală este frecventă la adolescenți și la adulții tineri. Marginile gingivale sunt edemațiate și eritematoase, iar papilele interdentare sunt turtite, tumefiate și roșii. Periajul dentar declanșează adesea gingivoragia. *Tartrul* – pelicula albicioasă moale formată din săruri ale secreției salivare, proteine și bacterii, care acoperă dinții și contribuie la gingivită – nu se vizualizează.



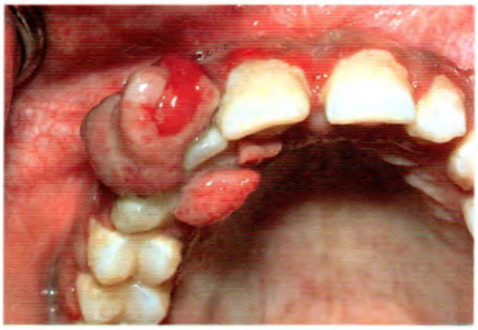
Gingivita acută ulcero-necrotică

Această formă rară de gingivită debutează brusc la adolescenți și adulții tineri, fiind însoțită de febră, stare generală alterată și adenopatie. Pe papilele interdentare apar ulcerații. În continuare, procesul distructiv (necrotic) se extinde de-a lungul marginii gingivale, unde se formează o pseudomembrană cenușie. Gingiile sunt roșii, dureroase și sângerează ușor; pacientul are halenă.



Hiperplazia gingivală

Gingiile hiperplazice sunt tumefiate, formând mase confluente care pot ajunge să acopere dinții. Poate fi asociat eritemul inflamator, ca în imagine. Cauzele includ tratamentul cu dilantină (exemplul de față), pubertatea, sarcina și leucemia.



Tumora de sarcină (epulis gravidorum, granulomul piogenic)

Hiperplazia gingivală poate fi localizată, formând o masă tumorală cu origine la nivelul unei papile interdentare. Tumora este eritematoasă, moale și friabilă, sângerând ușor. Se estimează că incidența de apariție a acestei leziuni în sarcină este de aproximativ 1%. Observați gingivita asociată în exemplul din imagine.

(Sursa fotografiilor: *Gingivita marginală*, *Gingivita acută ulcero-necrotică* – Tyldesley WR. A Colour Atlas of Orofacial Diseases, 2nd ed. London, Wolfe Medical Publications, 1991; *Hiperplazia gingivală* – prin bunăvoința Dr. James Cottone; *Tumora de sarcină* – Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Diseases. Philadelphia, Lea & Febiger, 1992; folosit cu permisiune.)

(planșa continuă la pag. 278)

Modificări ale dinților și gingiilor (continuare)



Atriţia dentară; retracţia gingivală

La multe persoane vârstnice suprafeţele de masticaţie ale dinţilor au fost tocite în urma folosirii repetitive, astfel încât dentina galben-maronie devine vizibilă – proces denumit *atriţie*. Observaţi totodată *retracţia gingivală*, care a dus la expunerea rădăcinii dinţilor, conferind aspectul de „dinte mai lung".



Eroziunea dentară

Dinţii pot fi erodaţi sub acţiunea unor substanţe chimice. În imagine se observă eroziunea smalţului dentar de pe suprafaţa linguală a incisivilor superiori, cu expunerea dentinei galben-maronii. Această modificare este rezultatul regurgitării recurente a conţinutului gastric, de exemplu în bulimie.



Abraziunea dentară cu apariţia incizurilor pe suprafaţa ocluzală

Traumatismele repetitive pot produce abraziuni şi incizuri ale suprafaţei ocluzale a dinţilor. Exemple de astfel de traumatisme repetitive sunt ţinerea cuielor sau a agrafelor între dinţi. Spre deosebire de dinţii Hutchinson, marginile laterale ale acestor dinţi au contururi normale; dimensiunea dinţilor şi spaţiile interdentare nu sunt afectate.



Dinţii Hutchinson

Dinţii Hutchinson sunt de dimensiuni mai mici, implantaţi la distanţe mai mari decât dinţii normali, iar la nivelul suprafeţelor ocluzale prezintă incizuri. Către extremitatea ocluzală dinţii se îngustează şi capătă o formă conică. Incisivii centrali superiori definitivi (nu şi cei deciduali) sunt cel mai frecvent afectaţi. Acest tip de dinţi reprezintă un semn de sifilis congenital.

(Sursa fotografiilor: *Atriţia dentară, Eroziunea dentară* - Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Diseases. Philadelphia, Lea & Febiger, 1992; folosit cu permisiune; *Abraziunea dentară, dinţii Hutchinson* – Robinson HBG, Miller AS. Colby, Kerr, and Robinson's Color Atlas of Oral Pathology. Philadelphia, JB Lippincott, 1990.)

PLANȘA 7-25

Modificări la nivelul limbii sau sublingual



Limba geografică. Este o afecțiune cu caracter benign, în care pe fața dorsală a limbii apar zone roșii netede, denudate, cu atrofia papilelor filiforme. Alături de porțiunile de mucoasă normală, aspră, cu papile gustative, conferă limbii un aspect de desen geografic variabil în timp.



Limba păroasă. Observați papilele „păroase" alungite de culoare gălbuie, maronie sau neagră, care se găsesc pe fața dorsală a limbii. Această afecțiune benignă poate urma unui tratament cu antibiotice; dar poate apărea și spontan.



Limba fisurată. Fisurile apar odată cu înaintarea în vârstă, aspectul fiind uneori denumit *limba scrotală*. Resturile alimentare se pot acumula la nivelul fisurilor având un efect iritant, însă această afecțiune are caracter benign.



Limba netedă (glosita atrofică). Limba netedă și depapilată, adesea dureroasă, sugerează un deficit de riboflavină, niacină, acid folic, vitamina B_{12}, piridoxină, sau fier, sau un tratament cu citostatice.



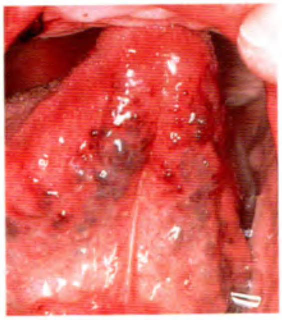
Candidoza. Observați depozitul albicios consistent produs de infecția cu *Candida*. La nivelul porțiunii de culoare roșu aprins depozitul a fost îndepărtat prin raclaj. Infecția poate fi prezentă și în absența depozitului descris. Acest aspect apare frecvent la pacienții imunodeprimați.



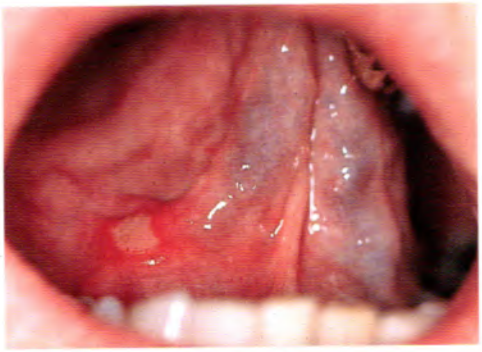
Leucoplazia păroasă. Se caracterizează prin placarde albicioase supradenivelate cu suprafața granulară sau ondulată, care apar cu precădere pe marginile laterale ale limbii. Spre deosebire de candidoză, aceste placarde nu pot fi îndepărtate prin raclaj. Leziunile sunt specifice pentru infecția HIV și SIDA.

(planșa continuă la pag. 280)

Modificări la nivelul limbii sau sublingual (continuare)



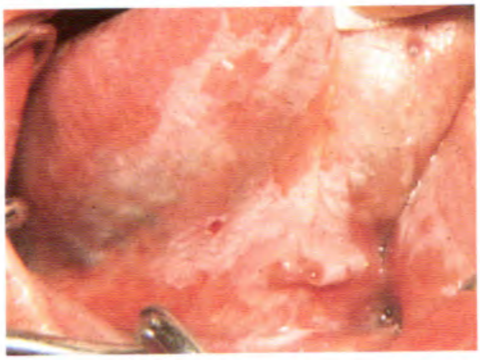
Varicozități. Odată cu înaintarea în vârstă, sublingual pot apărea mici tumefacții rotunde, de culoare violacee sau negru-albăstruie. Aceste dilatații ale venelor linguale nu au nici o semnificație clinică.



Ulcere aftoase (afte bucale). Afta este o ulcerație dureroasă, rotundă sau ovală, de culoare albă sau galben-cenușie, înconjurată de un halou de mucoasă eritematoasă. Aftele pot fi leziuni unice sau multiple. Se vindecă în 7-10 zile, însă pot exista recurențe.



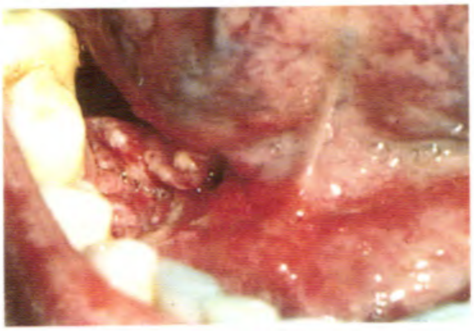
Leziunile mucoase din sifilis. Acestea sunt leziuni nedureroase care apar în sifilisul secundar și au grad înalt de contagiozitate. Sunt ușor supradenivelate, ovale, acoperite de o membrană cenușie. Pot fi multiple și pot avea și alte localizări în cavitatea bucală.



Leucoplazia. Este un placard persistent, nedureros, de culoare albă, al mucoasei orale, care conferă suprafeței ventrale a limbii un aspect ca pictat în alb. Indiferent de dimensiunea lor, placardele ar trebui să ridice suspiciunea de neoplazie, biopsia mucoasă fiind necesară.



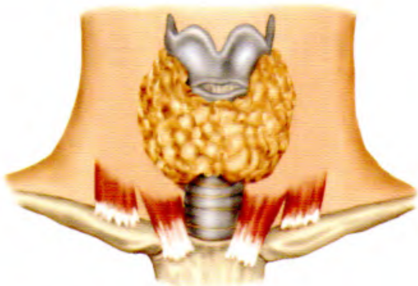
Tori mandibulari. Sunt excrescențe osoase rotunjite situate pe suprafețele interne ale mandibulei; aceste exostoze apar de obicei bilateral, sunt asimptomatice și inofensive.



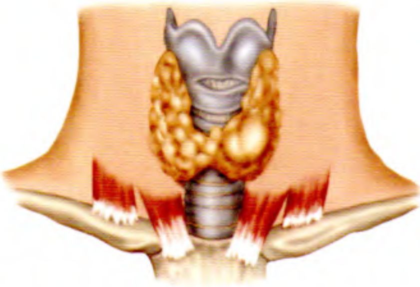
Carcinomul planșeului bucal. Această leziune ulcerată s-a dezvoltat într-o regiune unde carcinomul apare frecvent. Medial de ulcerație, porțiunea de mucoasă eritematoasă denumită *eritroplazie* sugerează o posibilă neoplazie.

(Sursa fotografiilor: *Limba fisurată, Candidoza, Leziunile mucoase din sifilis, Leucoplazia, Carcinomul* – Robinson HBG, Miller AS. Colby, Kerr, and Robinson's Color Atlas of Oral Pathology. Philadelphia, JB Lippincott, 1990; *Limba netedă* – prin bunăvoința Dr. R. A. Cawson, de la Cawson RA. Oral Pathology, 1st ed. London, UK: Gower Medical Publishing, 1987; *Limba geografică* – The Wellcome Trust, National Medical Slide Bank, London, UK; *Leucoplazia păroasă* – Ioachim HL. Textbook and Atlas of Disease Associated With Acquired Immune Deficiency Syndrome. London, UK: Gower Medical Publishing, 1989; *Varicozități* – Neville B, et al. Color Atlas of Clinical Oral Pathology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1991. Folosite cu permisiune.)

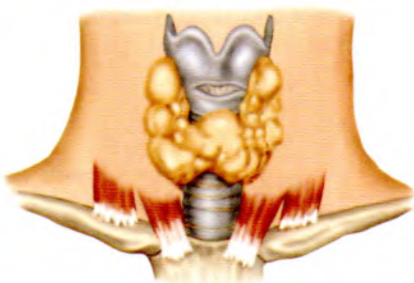
PLANȘA 7-26 Modificări de dimensiune și funcție tiroidiană



Hipertrofia tiroidiană difuză. Include istmul și lobii laterali; în parenchimul tiroidian nu există noduli palpabili. Cauzele includ boala Graves, tiroidita Hashimoto și gușa endemică.



Nodulul izolat tiroidian. Poate fi un chist, o tumoră benignă sau un nodul în contextul unei guși multinodulare. Descoperirea lui ridică suspiciunea de neoplazie. Factorii de risc sunt antecedentele personale patologice de iradiere, consistența fermă la palpare, creșterea rapidă, aderența la țesuturile înconjurătoare, adenopatia cervicală și sexul masculin.[2c6]



Gușa multinodulară. O glandă tiroidă mărită de volum cu unul sau mai mulți noduli în parenchim sugerează mai degrabă o tulburare metabolică decât un proces neoplazic. Istoricul familial pozitiv și mărirea în timp a nodulilor constituie factori de risc adiționali pentru natura malignă.

PLANȘA 7-27 Simptome și semne de disfuncție tiroidiană[25,28–30]

	Hipertiroidism	Hipotiroidism
Simptome	Nervozitate Scădere ponderală în ciuda apetitului crescut Hipersudorație și intoleranță la căldură Palpitații Scaune frecvente Slăbiciune musculară de tip proximal și tremor	Fatigabilitate, letargie Câștig ponderal moderat și anorexie Tegumente uscate, îngroșate și intoleranță la frig Edem al feței, mâinilor și picioarelor Constipație Slăbiciune, crampe musculare, artralgii, parestezii, tulburări de memorie și auz
Semne	Tegumente calde, catifelate și umede	Tegumente uscate, îngroșate, reci, uneori cu tentă gălbuie conferită de prezența carotenului, cu edem care nu lasă godeu și alopecie
	În boala Graves – semne oculare, de exemplu privire fixă, întârzierea coborârii pleoapei superioare și exoftalmie	Edem periorbital
	Creșterea presiunii sistolice și reducerea presiunii diastolice	Reducerea presiunii sistolice și creșterea presiunii diastolice
	Tahicardie sau fibrilație atrială	Bradicardie și, în stadiile avansate, hipotermie
	Cord hiperchinetic cu accentuarea Z_1	Uneori scade intensitatea zgomotelor cardiace
	Tremor și slăbiciune musculară de tip proximal	Tulburări de memorie, hipoacuzie de tip mixt, somnolență, neuropatie periferică, sindrom de tunel carpian

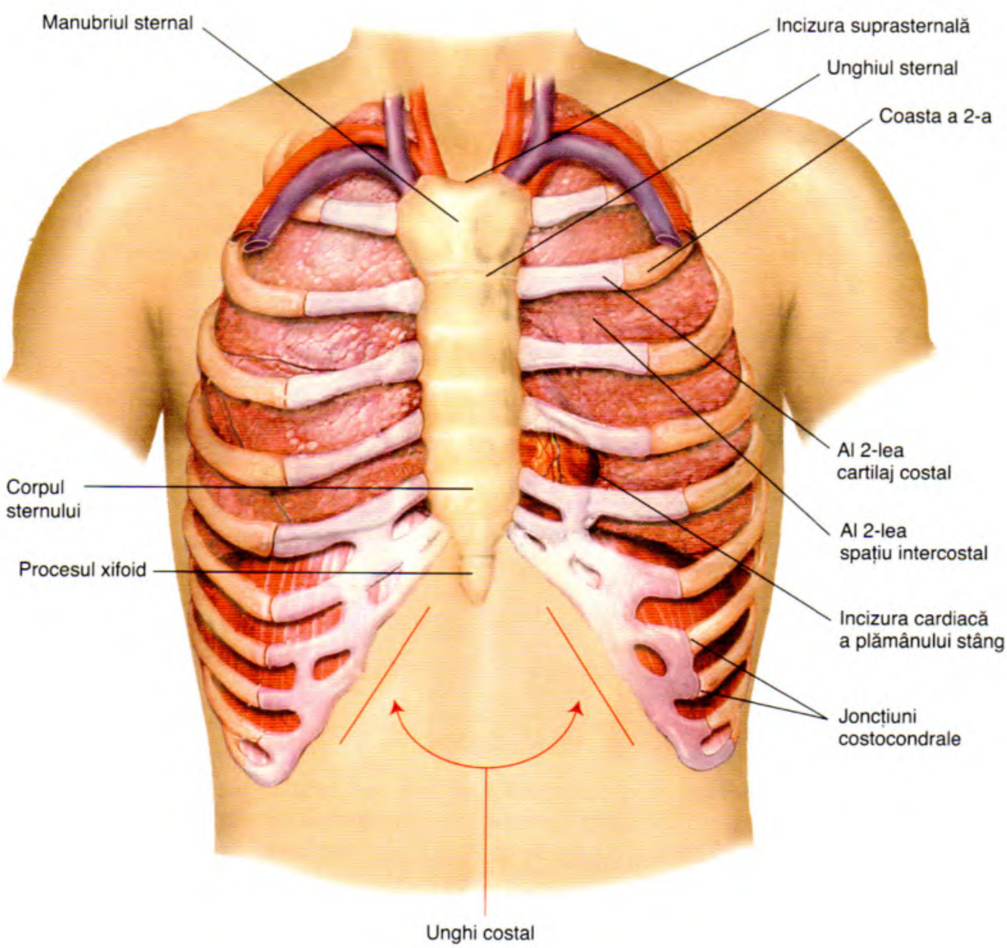
C A P I T O L U L

Toracele și plămânii

8

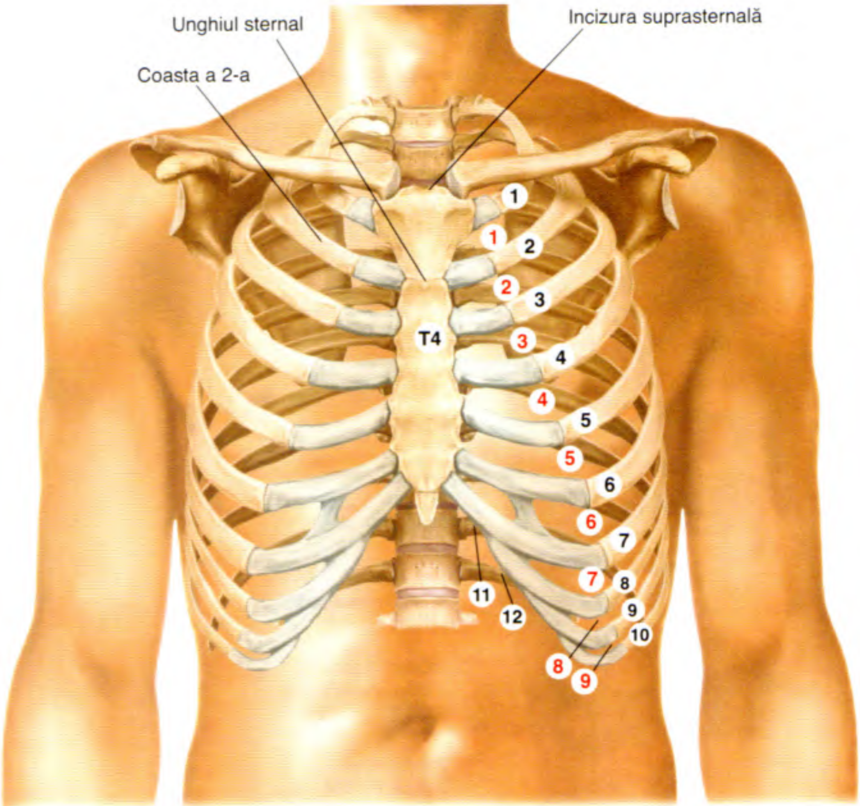
ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

Studiaţi *anatomia cutiei toracice* şi identificaţi structurile ilustrate. Se observă că spaţiul intercostal este numerotat în funcţie de coasta superioară acestuia.



Topografia toraco-pulmonară. Descrieţi anomaliile toracice în două dimensiuni: *de-a lungul axului vertical* şi *în jurul circumferinţei toracice.*

Pentru localizarea *verticală* este necesară numărarea coastelor şi spaţiilor intercostale. *Unghiul sternal*, numit şi unghiul lui Louis, este cel mai bun reper de pornire: plasaţi degetul la nivelul incizurii suprasternale, apoi coborâţi aproximativ 5 cm până la proeminenţa osoasă orizontală care uneşte manubriul de corpul sternal. Apoi deplasaţi degetul lateral şi localizaţi coasta a 2-a adiacentă şi cartilajul ei costal. De aici, folosind două degete, „coborâţi” spaţiu cu spaţiu, în linie oblică, aşa cum este ilustrat cu ajutorul numerelor roşii în imaginea de mai jos. Nu încercaţi să număraţi spaţiile intercostale de-a lungul marginii inferioare a sternului, deoarece coastele sunt mult prea apropiate la acest nivel. Pentru a localiza spaţiile intercostale la femeie, fie se deplasează glanda mamară lateral, fie se palpează uşor mai medial de numerele din imagine. Evitaţi presiunea prea mare asupra ţesutului mamar, care este sensibil.



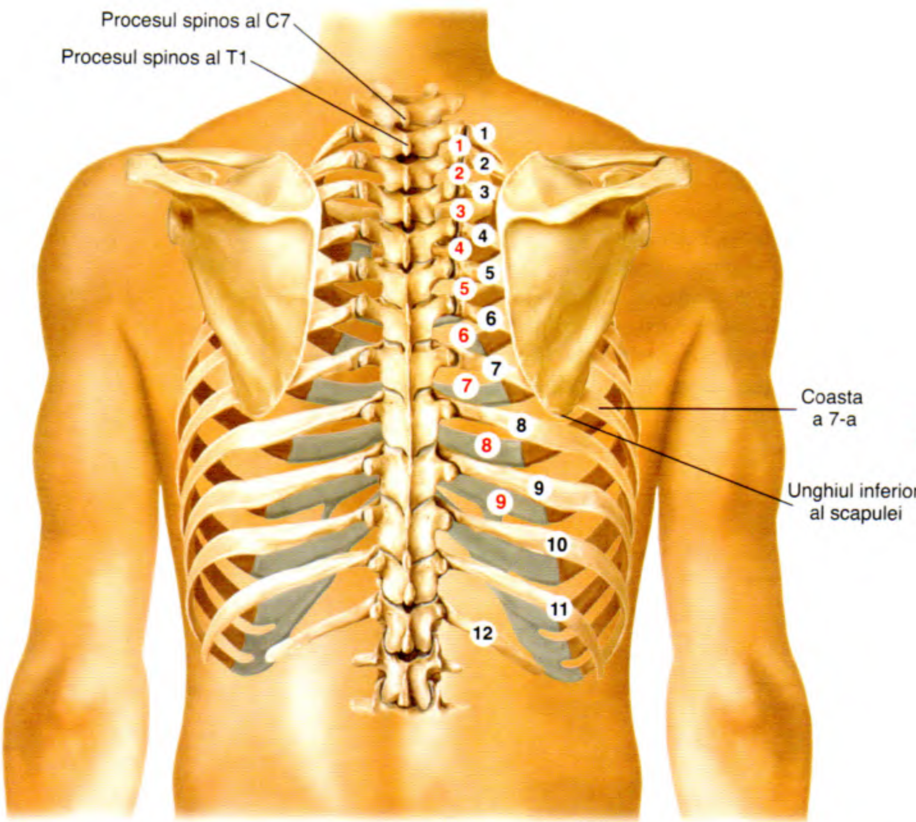
Reţineţi câteva repere importante: spaţiul al 2-lea intercostal pentru inserţia acului în pneumotoraxul în tensiune; spaţiul al 4-lea intercostal pentru inserţia tubului de dren toracic; T4 pentru verificarea limitei inferioare a sondei endotraheale pe radiografia toracică.

Cartilajele costale ale primelor şapte coaste se articulează cu sternul; cartilajele coastelor a 8-a, a 9-a şi a 10-a se articulează anterior prin intermediul cartilajelor costale aflate imediat deasupra lor. Coastele a 11-a şi a 12-a sunt „coaste

flotante", adică nu sunt articulate anterior. Extremitatea cartilaginoasă a coastei a 11-a se palpează de obicei lateral, iar a coastei a 12-a, posterior. La palpare, cartilajele costale şi coastele au aceeaşi consistenţă.

Posterior, se poate începe numărarea coastelor şi spaţiilor intercostale plecând de la coasta a 12-a: astfel, se localizează reperele inferioare de la nivelul toracelui posterior şi se oferă o alternativă atunci când abordarea anterioară nu este satisfăcătoare. Cu degetele de la o mână, apăsaţi în sus pe marginea inferioară a coastei a 12-a, apoi „urcaţi" spaţiile intercostale conform numerelor roşii din imaginea de mai jos, sau urmăriţi o linie mai oblică în sens superior şi în jurul toracelui, spre faţa anterioară a acestuia.

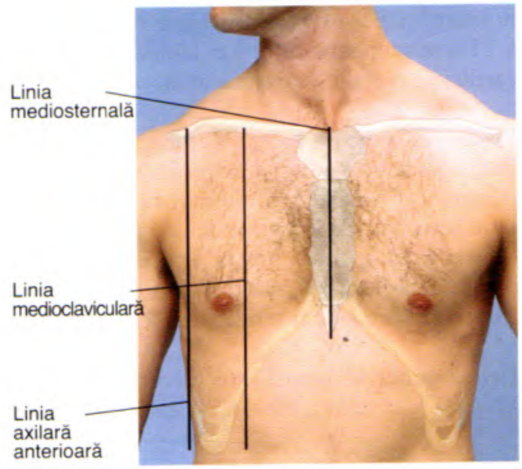
Un alt reper osos util este extremitatea inferioară a scapulei - de regulă se situează la nivelul coastei a 7-a sau al celui de-al 7-lea spaţiu intercostal.



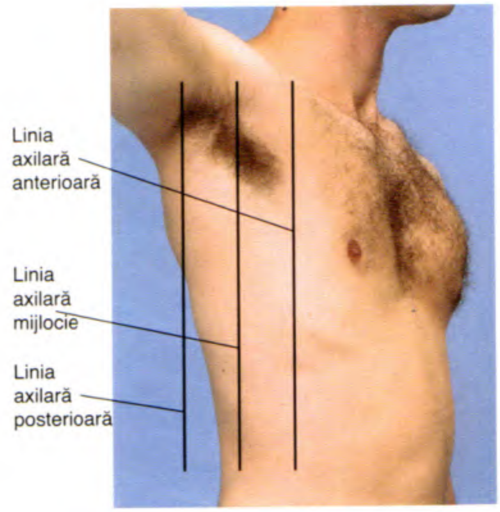
Reţineţi spaţiul intercostal T7-8 ca reper pentru toracocenteză.

Procesele spinoase ale vertebrelor sunt de asemenea repere anatomice utile. Când coloana cervicală este flectată anterior, procesul spinos cel mai proeminent este de obicei cel al vertebrei C7. Dacă două procese sunt în mod egal proeminente, acestea aparţin vertebrelor C7 şi T1. Astfel, când coloana este flectată, puteţi palpa şi număra cu mai multă uşurinţă procesele spinoase situate inferior de acestea două.

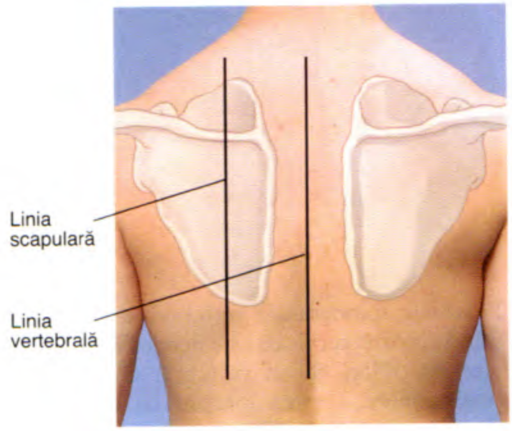
Pentru identificarea topografiei toraco-pulmonare la nivelul *circumferinţei toracice* veţi folosi o serie de linii verticale convenţionale, ilustrate în imaginea alăturată. *Linia mediosternală* şi liniile *vertebrale* sunt precis localizate; celelalte pot fi estimate. *Linia medioclaviculară* coboară pe verticala care are punctul de origine la mijlocul claviculei. Pentru localizarea ei este necesară identificarea cu precizie a celor două extremităţi ale claviculei (vezi pag. 588).



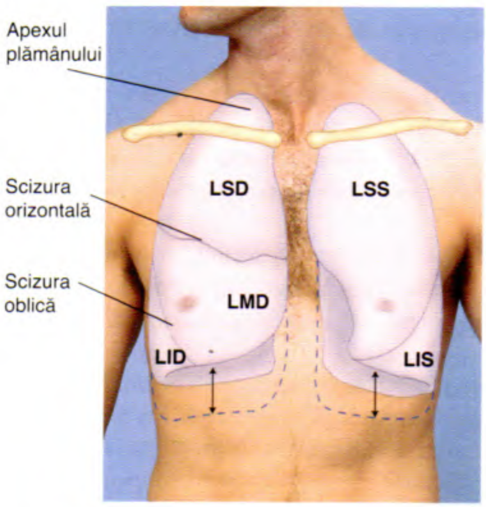
Liniile axilare anterioară şi *posterioară* coboară pe verticala care are punctul de origine în grupele musculare ce delimitează axila şi formează pliurile axilare anterior, respectiv, posterior. *Linia axilară mijlocie* coboară de la vârful axilei.

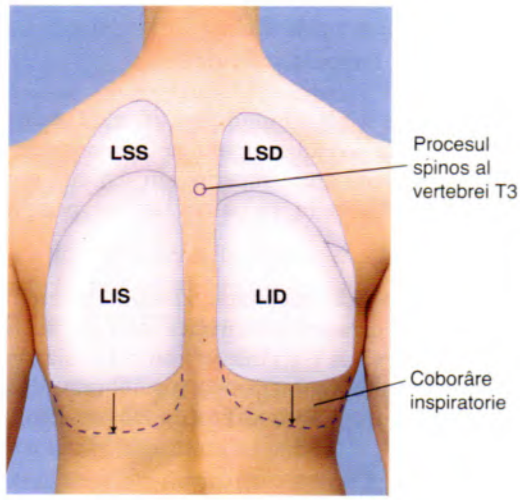


Posterior, *linia vertebrală* se suprapune peste procesele spinoase vertebrale. *Linia scapulară* este verticala care trece prin unghiul inferior al scapulei.

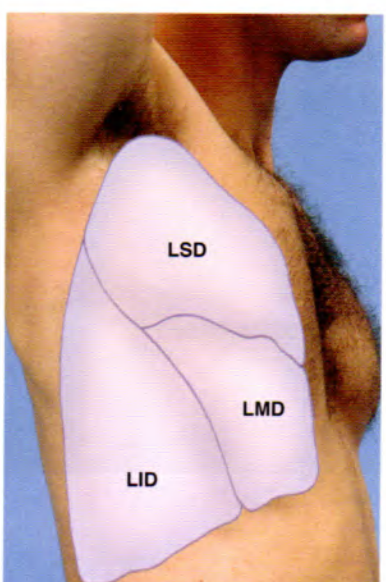


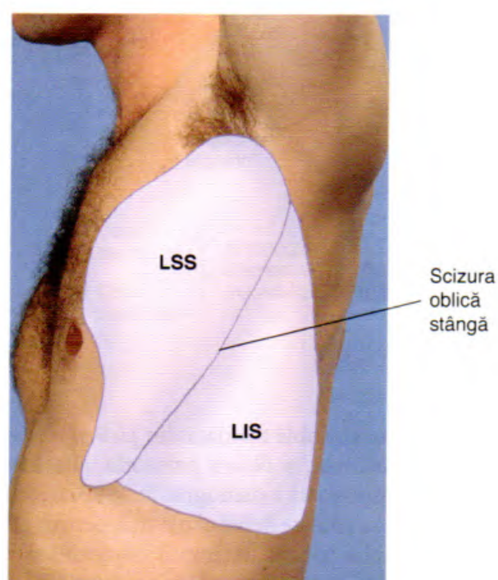
Plămânii, scizurile şi lobii. Proiectaţi vizual plămânii, scizurile acestora şi lobii pulmonari pe peretele toracic. Anterior, apexul fiecărui plămân depăşeşte treimea internă a claviculei cu aproximativ 2-4 cm în sens superior. Marginea inferioară a plămânului intersectează coasta a 6-a la nivelul liniei medioclaviculare şi coasta a 8-a la nivelul liniei axilare mijlocii. Posterior, marginea inferioară a plămânului se află la nivelul procesului spinos al T10. În inspir, plămânul coboară sub acest nivel.





Fiecare plămân este divizat de *scizura oblică (marea scizură)*. Această scizură poate fi aproximată printr-o linie care pleacă de la procesul spinos T3 şi are traiect oblic în jos şi în jurul toracelui, intersectând coasta a 6-a pe linia medioclaviculară. Plămânul drept prezintă în plus *scizura orizontală (mica scizură)*. Anterior, această scizură are traiect în apropierea coastei a 4-a şi întâlneşte scizura oblică la nivelul liniei axilare mijlocii, în dreptul coastei a 5-a. *Plămânul drept* este astfel împărţit în *trei lobi, superior, mijlociu* şi *inferior*. *Plămânul stâng* are numai *doi lobi*, superior şi inferior.



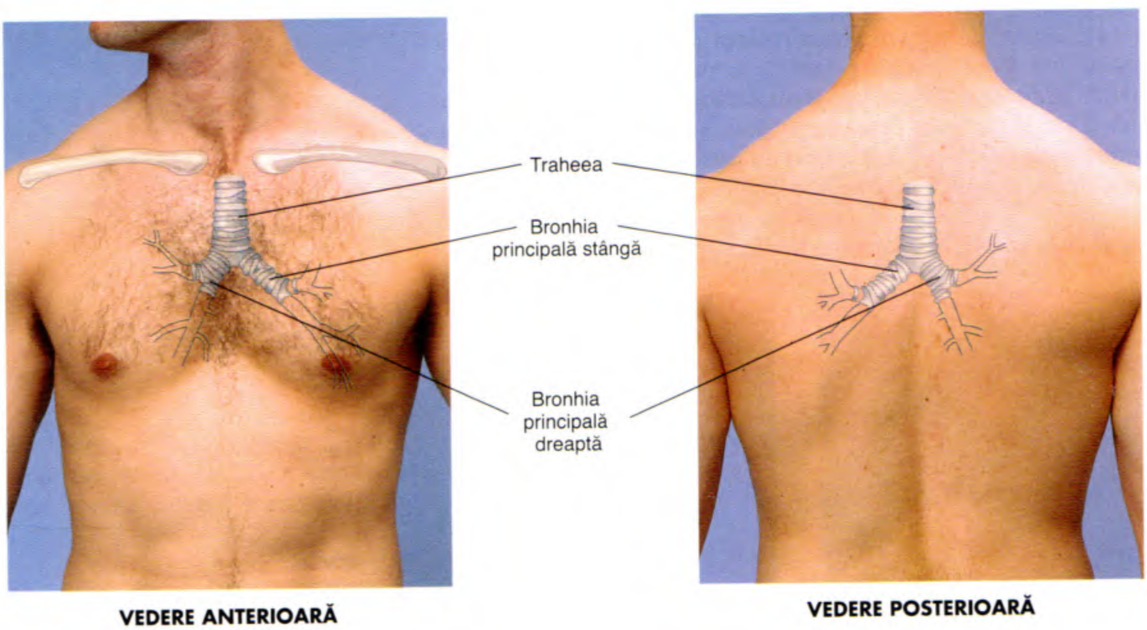


Regiunile toracice. Însușiți-vă termenii anatomici generali utilizați în topografia toraco-pulmonară, precum:

Supraclavicular – deasupra claviculei
Infraclavicular – sub claviculă
Interscapular – între scapule
Infrascapular – sub scapulă
Baza plămânilor – partea inferioară a plămânilor
Câmpurile pulmonare superior, mijlociu, inferior

Puteți astfel să deduceți care parte a plămânului este afectată de un proces patologic. De exemplu, semnele de la nivelul câmpului pulmonar drept superior își au originea cel mai probabil în lobul drept superior. În schimb, semnele de la nivelul câmpului pulmonar drept mijlociu, pe partea laterală, pot proveni de la oricare din cei trei lobi.

Traheea și bronhiile principale. La auscultație, zgomotele respiratorii de la nivelul traheei și bronhiilor au caracter diferit față de cele de la nivelul parenchimului pulmonar. Asigurați-vă că v-ați însușit corect localizarea acestor structuri. Traheea se bifurcă în bronhiile principale la nivelul unghiului sternal (torace anterior) și la nivelul procesului spinos al T4 (torace posterior).



Pleura. Pleura este o membrană seroasă dublă formată din *pleura viscerală*, care învelește suprafața externă a fiecărui plămân, și *pleura parietală*, aflată în contact cu peretele toracic intern și suprafața superioară a diafragmului. Suprafețele seroase netede adiacente ale pleurei, între care se găsește lichidul pleural, permit plămânilor să urmeze cu ușurință mișcările peretelui toracic în timpul inspirului și expirului. *Spațiul pleural* este spațiul virtual dintre pleura viscerală și cea parietală.

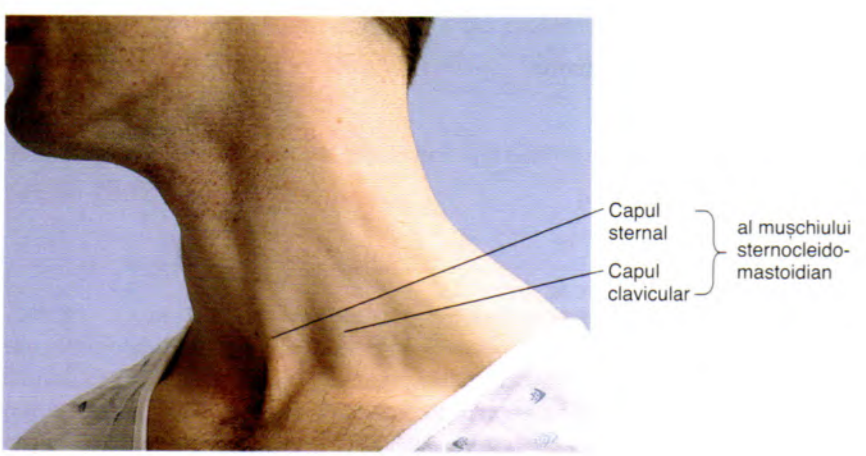
Respiraţia. Respiraţia este în mare parte un proces automat, controlat la nivel cerebral şi mediat de muşchii respiratori. Muşchiul principal implicat în inspir este *diafragmul*, în formă de cupolă. Când se contractă, diafragmul se aplatizează, mărind astfel cavitatea toracică. În acelaşi timp comprimă conţinutul abdominal, împingând peretele abdominal în afară. În inspir, muşchii gâtului şi ai peretelui costal contribuie la distensia toracelui, în special *muşchii parasternali*, care au traseu oblic de la stern spre coaste şi *muşchii scaleni*, care se întind de la vertebrele cervicale la primele două coaste.

În inspir, când aceşti muşchi se contractă, toracele se destinde. Presiunea intratoracică scade, aerul circulă prin arborele traheobronşic spre *alveole* sau sacii aerieni distali, iar plămânii se dilată. Oxigenul difuzează în sângele capilarelor pulmonare adiacente, iar dioxidul de carbon trece din sânge în alveole.

Când efortul respirator se opreşte, începe faza expiratorie. Peretele toracic şi plămânii se retrag, diafragmul se relaxează şi se ridică pasiv, aerul este împins la exterior, iar toracele şi abdomenul revin la poziţia lor de repaus.

Respiraţia normală este calmă şi liniştită, abia perceptibilă în apropierea gurii deschise, ca un foşnet lin. Când o persoană sănătoasă se află în decubit dorsal, mişcările respiratorii ale toracelui sunt minime. În schimb, mişcările abdominale sunt mai uşor de sesizat. În poziţie şezândă, mişcările toracelui devin mai ample.

În timpul exerciţiilor fizice şi în unele afecţiuni este necesar un efort respirator suplimentar, astfel încât la inspir participă şi muşchii accesori. Cei mai importanţi dintre aceştia sunt muşchii sternocleidomastoidieni, dar şi muşchii scaleni pot deveni vizibili. Muşchii abdominali intervin în expir.



ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Durere toracică
- Respirație dificilă (dispnee)
- Wheezing
- Tuse
- Spută cu striuri de sânge (hemoptizie)

Durerea toracică. *Durerea* sau *disconfortul toracic* ridică suspiciunea unei afecțiuni cardiace, însă pot proveni și de la structuri ale toracelui sau plămânilor. Pentru a evalua acest simptom trebuie să insistați pe investigația ambelor cauze, toracică și cardiacă. Cauzele de durere toracică sunt enumerate mai jos. Când vă confruntați cu acest simptom important, trebuie să aveți în vedere următoarele structuri:

Vezi Planșa 8-1, Durerea toracică, pag. 312-313

- Miocardul — *Angină pectorală, infarct miocardic*
- Pericardul — *Pericardită*
- Aorta — *Anevrism disecant de aortă*
- Traheea și bronhiile mari — *Bronșită*
- Pleura parietală — *Pericardită, pneumonie*
- Peretele toracic, care include sistemul osteomuscular și tegumentul — *Costocondrită, herpes zoster*
- Esofagul — *Esofagită de reflux, spasm esofagian*
- Structuri extratoracice precum: gâtul, vezica biliară și stomacul — *Artrită cervicală, colică biliară, gastrită*

Acest capitol se concentrează pe *acuzele pulmonare* și include întrebări generale despre simptome toracice, dispnee, wheezing, tuse și hemoptizie. Pentru anamneza privitoare la durerea toracică de efort, palpitații, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă și edeme consultați Capitolul 9, Sistemul cardiovascular.

Primele întrebări trebuie să fie cât mai clare. „Aveți senzație de jenă sau disconfort în piept?" Pe măsură ce înaintați cu anamneza cereți pacientului să arate unde este localizată durerea din piept. Urmăriți cu atenție gesturile pacientului când descrie durerea. Trebuie să reușiți să obțineți toate cele șapte

Pumnul strâns plasat în dreptul sternului sugerează *angină pectorală*; zona dureroasă arătată cu degetul pe peretele toracic

caractere ale acestui simptom (vezi pag. 65) pentru a face diferenţa între cauzele diverse de durere toracică.

sugerează *durere osteomusculară*; mâna care se plimbă de la gât spre epigastru sugerează *pirozis*.

Parenchimul pulmonar nu deţine terminaţii nervoase libere pentru durere. Durerea din diferitele afecţiuni pulmonare, cum ar fi pneumonia sau infarctul pulmonar, apare de obicei din cauza inflamaţiei pleurei parietale adiacente. În tusea persistentă cronică, efortul muscular poate fi şi el responsabil de producerea durerii. Pericardul deţine şi el puţine terminaţii libere, durerea din pericardită datorându-se inflamaţiei pleurei parietale din vecinătate. (Durerea toracică este frecvent asociată cu anxietate, deşi mecanismul producerii acesteia rămâne necunoscut.)

Anxietatea reprezintă cauza cea mai frecventă de durere toracică la copil; *costocondrita* este de asemenea frecventă.

Respiraţia dificilă (dispneea) şi wheezing-ul. *Dispneea* reprezintă respiraţia conştientă, nedureroasă, dar incomodă, în care efortul respirator este resimţit ca insuficient, şi este descrisă prin sintagma *„lipsă de aer"*.[1] Acest simptom important justifică evaluare completă şi stabilirea cauzei, deoarece dispneea apare frecvent în afecţiuni cardiace sau pulmonare.

Vezi Planşa 8-2, Dispneea, pag. 314-315.

Întrebaţi pacientul „Aveţi probleme de respiraţie?" Aflaţi când a debutat simptomul, în repaus sau la efort, şi care este gradul efortului care îl declanşează. Din cauza variaţiilor de vârstă, greutate şi nivel de antrenament nu există o scală absolută de cuantificare a dispneei. În schimb, străduiţi-vă *să determinaţi severitatea acesteia în funcţie de activităţile zilnice ale pacientului*. Câţi paşi poate face pacientul, sau câte trepte poate să urce înainte să se oprească pentru a respira? Dar când duce plasa de cumpărături, spală podeaua sau face patul? Interferă dispneea cu stilul de viaţă sau activităţile zilnice obişnuite? În ce fel? Întrebaţi cu atenţie despre condiţiile de apariţie şi durata dispneei, despre simptomele asociate şi despre factorii care o agravează sau ameliorează.

Majoritatea pacienţilor cu dispnee relatează dificultăţi de respiraţie în timpul activităţilor lor zilnice. Pacienţii anxioşi prezintă altfel situaţia. Ei ar putea descrie dificultate în efectuarea unei respiraţii suficient de profunde, sau o senzaţie de sufocare cu imposibilitatea de a obţine destul aer, asociată cu *parestezii*, sau senzaţie de furnicături sau înţepături în jurul buzelor sau la nivelul extremităţilor.

Pacienţii anxioşi pot prezenta dispnee episodică atât în repaus, cât şi la efort, şi *hiperventilaţie* sau respiraţie rapidă, superficială. Alteori, oftează des.

Wheezing-ul este un zgomot respirator muzical care poate fi auzit atât de pacient cât şi de cei din jur.

Wheezing-ul sugerează obstrucţia parţială a căilor aeriene prin secreţii, inflamaţie tisulară sau corpi străini.

Tusea. *Tusea* este un simptom frecvent a cărui semnificaţie poate fi minoră sau dimpotrivă, gravă. În mod caracteristic, tusea este un răspuns reflex la stimuli ce irită receptorii din laringe, trahee sau bronhiile mari. Aceşti stimuli pot fi mucus, puroi şi sânge, dar şi factori externi precum praf, corpi străini sau chiar aerul extrem de cald sau rece. Alte cauze de tuse sunt inflamaţia mucoasei respiratorii şi rezistenţa la fluxul de aer în compresii tumorale sau adenopatii peribronşice. Deşi de regulă tusea semnalează o problemă a tractului respirator, poate avea şi origine cardiovasculară.

Vezi Planşa 8-3, Tusea şi hemoptizia, pag. 316.

Tusea poate fi un simptom de *insuficienţă cardiacă stângă*.

Pacienţii cu tuse necesită o evaluare meticuloasă. Este importantă durata tusei: *acută*, când durează de mai puţin de 3 săptămâni; *subacută*, între 3 şi 8 săptămâni; sau *cronică*, mai mult de 8 săptămâni?[2]

Infecţiile virale ale căilor aeriene superioare reprezintă cauza cea mai frecventă de *tuse acută*; sunt de luat în considerare şi bronşita acută, pneumonia, insuficienţa ventriculară stângă, astmul bronşic, corpii străini. Tusea postinfecţioasă, sinuzita bacteriană, astmul bronşic în *tusea subacută*; drenajul postnazal, astmul bronşic, refluxul gastroesofagian, bronşita cronică, bronşiectazia în *tusea cronică*.[2-4]

Întrebaţi dacă tusea este seacă sau productivă, cu expectoraţie.

Sputa *mucoasă* este opalescentă, albă sau cenuşie; sputa *purulentă* este galbenă sau verzuie.

Cereţi pacientului să descrie volumul, culoarea, mirosul şi consistenţa sputei.

Spută fetidă în *abcesele pulmonare* cu floră anaerobă; spută vâscoasă în fibroza chistică.

Pentru a ajuta pacientul să aprecieze volumul sputei, îi puteţi adresa o întrebare cu răspuns multiplu. „Cât de mult expectoraţi în 24 de ore: o linguriţă, o lingură, un sfert de ceaşcă, o jumătate de ceaşcă, o ceaşcă plină?" Dacă este posibil, cereţi pacientului să tuşească într-un şerveţel; inspectaţi sputa şi observaţi aspectul. Simptomele asociate cu tusea vă vor conduce deseori spre cauza acesteia.

Volum mare de spută purulentă în *bronşiectazii* şi *abcese pulmonare*.

Simptomele utile pentru diagnostic sunt febra, durerea toracică, dispneea, ortopneea şi wheezing-ul.

Hemoptizia. *Hemoptizia* reprezintă eliminarea prin tuse a unei cantităţi de sânge provenit din plămâni; se prezintă variabil, de la spută cu striuri de sânge până la sânge franc. În cazul pacienţilor ce relatează hemoptizie, evaluaţi volumul de sânge eliminat, precum şi alte aspecte ale sputei; întrebaţi despre condiţiile de apariţie, activitatea efectuată şi alte simptome însoţitoare.

Vezi Plaşa 8-3, Tusea şi hemoptizia, pag. 316. Hemoptizia este rară la sugari, copii şi adolescenţi; este întâlnită frecvent în *fibroza chistică*.

Înainte de a folosi termenul de „hemoptizie", încercaţi să confirmaţi sursa sângerării prin anamneză şi examen fizic. Sângele franc sau produsele cu striuri de sânge pot proveni şi de la nivelul cavităţii bucale, faringelui sau tractului gastrointestinal, putând fi greşit interpretate. Când se elimină prin vărsătură, cel mai probabil provin de la nivelul tractului gastrointestinal. Totuşi, uneori, sângele din nazofaringe sau de la nivel gastrointestinal este aspirat şi apoi eliminat prin tuse.

Sângele care provine din stomac este de obicei mai închis la culoare decât cel provenit din tractul respirator şi poate fi amestecat cu resturi alimentare.

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Renunţarea la fumat
- Imunizarea activă (vaccinarea)

Renunțarea la fumat. În ciuda scăderii numărului de fumători în ultimele decenii, 23% din adulții din SUA continuă să fumeze. Incidența fumătorilor este mai mare în rândul adulților tineri cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 ani. Aproximativ 90% din aceștia încep să fumeze înainte de vârsta de 18 ani, 2000 de adolescenți devenind fumători în fiecare zi.[5,6] În fiecare an, unul din cinci decese se datorează fumatului. Fiți conștienți de riscul mare de morbiditate și mortalitate la fumători.

• Efectele negative ale fumatului asupra sănătății

Afecțiunea	Riscul crescut comparativ cu nefumătorii
• Boală coronariană	De 2-3 ori mai mare
• AVC	De 2 ori mai mare
• Vasculopatie periferică	De 10 ori mai mare
• Mortalitate prin BPOC	De 10 ori mai mare
• Mortalitate prin neoplasm pulmonar	De 23 de ori mai mare la bărbați De 13 ori mai mare la femei

(Sursă: Centers for Disease Control and Prevention, DHHS. Smoking and tobacco use. Fact sheet. Health effects of cigarette smoking. Disponibil la: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/health_effects.htm. Introdus în 16 septembrie 2007.)

În plus, fumatul contribuie la apariția multor tipuri de cancer și crește riscul de infertilitate, naștere prematură, greutate mică la naștere și sindrom de moarte subită la sugar. Nefumătorii expuși la fum de țigară prezintă deopotrivă risc crescut de cancer pulmonar, infecții respiratorii și ale urechii, astm bronșic și incendii la domiciliu.

Fumatul reprezintă cea mai importantă cauză de deces care poate fi prevenită. Deși au fost studiate anumite investigații, precum tomografia computerizată cu scanare elicoidală, screening-ul pentru cancerul pulmonar nu este în prezent recomandat.[6] În schimb, medicii ar trebui să se concentreze pe aspectul preventiv, respectiv, renunțarea la fumat, mai ales în rândul adolescenților și femeilor gravide.[7] Deoarece 70% din fumători se adresează unui medic în fiecare an și dintre aceștia 70% și-ar dori să renunțe la fumat, beneficiul unei intervenții scurte de consiliere ar fi considerabil.[8,9] Medicii trebuie să sfătuiască fumătorii la fiecare vizită să renunțe la acest obicei. Această practică a dovedit o creștere a incidenței renunțării la fumat cu 30%.[10] Pentru a evalua cât de pregătit este pacientul să renunțe la fumat, folosiți algoritmul celor „5 A" sau modelul „Etape de transformare" (preintenție, intenție, pregătire, acțiune, menținere)[11].

Nicotina, comparativ cu heroina sau cocaina, produce un grad înalt de dependență, ceea ce face ca renunțarea la fumat să fie dificilă. Învățați să folosiți tehnicile de terapie cognitivă pentru a vă putea ajuta pacienții să recunoască semnele de sevraj precum iritabilitatea, dificultatea de concentrare, anxietatea și stările depresive.[8,9] Învățați pacienții să înțeleagă factorii declanșatori ai dorinței de a fuma și strategiile de control al sevrajului, să facă față stresului și să prevină recăderea. Este recomandată asocierea consilierii cu mijloace farmacologice. Trei medicamente au dovedit că pot îmbunătăți și menține rata de renunțare: terapia cu înlocuitori de nicotină; bupropion, un inhibitor al captării

EVALUAREA NIVELULUI DE PREGĂTIRE PENTRU RENUNŢAREA LA FUMAT: CEI „5 A"

1. **A**namneza consumului de ţigări.
2. **A**vertizaţi prin mesaje clare, personalizate, despre utilitatea renunţării la fumat.
3. **A**siguraţi-vă că există dorinţa de a renunţa.
4. **A**sistaţi pacientul în procesul de renunţare.
5. **A**ranjaţi controale periodice de încurajare a pacientului.

(Source: U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent tobacco use and tobacco-related diseases: recommendation statement. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. November 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/tobacccoun/tobcounrs.htm. Accessed September 11, 2007.)

norepinefrinei şi dopaminei şi antagonist de receptor nicotinic; şi recent, vareniclina, un agonist parţial de receptor nicotinic ce stimulează eliberarea de dopamină, presupus a inhiba dorinţa de a fuma.[12]

Vaccinările (la adulţi). Virusul *gripal* este responsabil anual de mai mult de 36.000 de decese şi 200.000 de spitalizări, mai ales la sfârşitul toamnei şi iarna, cu un vârf de incidenţă în luna februarie.[13] CDC Advisory Committee on Immunization Practices actualizează anual recomandările pentru vaccinare. Sunt disponibile două tipuri de vaccinuri: vaccinul injectabil inactivat care conţine virusul omorât şi vaccinul sub formă de spray nazal care conţine virusul viu atenuat, aprobat numai pentru persoanele sănătoase cu vârsta cuprinsă între 5 şi 49 ani. Deoarece virusul gripal suferă modificări de la an la an, fiecare vaccin cuprinde trei tulpini care se schimbă anual. Toate persoanele care doresc să se protejeze împotriva infecţiei trebuie vaccinate, dar mai ales următoarele categorii:

- Adulţii cu afecţiuni pulmonare cronice sau boli cronice şi adulţii imunodeprimaţi
- Pacienţii din sanatorii sau unităţi de îngrijire cronică
- Personalul medico-sanitar
- Contacţii sănătoşi de la domiciliu şi cei care asigură îngrijirea copiilor mai mici de 5 ani şi adulţii cu vârsta ≥50 ani, mai ales cei cu afecţiuni medicale cu risc înalt pentru complicaţii gripale.

Streptococcus pneumoniae este responsabil de aproximativ 175.000 de cazuri de pneumonie pneumococică în SUA anual; dintre acestea 25-30% sunt însoţite de sepsis.[14] Incubaţia are durata de 1-3 zile, iar rata mortalităţii este de 5%. În plus, există încă 3000-6000 de cazuri de meningită pneumococică anual, majoritatea la copii. Cele două tipuri de *vaccin antipneumococic*, polizaharidic şi conjugat, sunt ambele inactivate. CDC recomandă vaccinul antipneumococic pentru următoarele categorii de persoane:

- Tuturor adulţilor cu vârsta egală sau mai mare de 65 de ani
- Persoanelor cu vârsta cuprinsă între 2 şi 64 de ani care au boli cronice asociate în mod specific cu risc crescut de infecţie pneumococică, precum siclemie, afecţiuni cardiovasculare şi pulmonare, diabet, ciroză sau şunturi de LCR
- Tuturor celor care au sau urmează să primească implant cohlear
- Persoanelor cu vârsta ≥2 ani cu imunodeficienţă, inclusiv cei cu infecţie HIV sau SIDA şi cei ce primesc cortizon, radio- sau chimioterapie
- Persoanelor originare din Alaska aparţinând anumitor populaţii americane indigene.

TEHNICI DE EXAMINARE

Se preferă examinarea toracelui posterior şi a plămânilor cu pacientul în poziţie şezândă şi a toracelui anterior şi a plămânilor cu pacientul în decubit dorsal. Examinaţi într-o manieră ordonată: inspecţie, palpare, percuţie şi auscultaţie. Încercaţi să vizualizaţi proiecţia lobilor pulmonari şi să studiaţi comparativ cele două hemitorace, astfel încât acestea să poată fi raportate unul la altul. Când examinaţi un pacient de sex masculin, acesta se dezbracă în aşa fel încât să observaţi complet toracele. În cazul femeilor, în timp ce examinaţi toracele posterior, acoperiţi partea anterioară a acestuia. Pentru examenul toracelui anterior, acoperiţi pe rând câte un hemitorace, în timp ce-l examinaţi pe cel controlateral.

- *Cu pacientul în poziţie şezândă*, examinaţi toracele posterior şi plămânii. Braţele pacientului trebuie să fie încrucişate pe piept, cu mâinile sprijinite pe umeri. Această poziţie îndepărtează scapulele şi optimizează accesul la câmpurile pulmonare. Apoi cereţi pacientului să se întindă.

- *Cu pacientul în decubit dorsal*, examinaţi toracele anterior şi plămânii. Femeile pot fi examinate mai uşor în această poziţie, deoarece glanda mamară poate fi deplasată lateral. În plus, atunci când este prezent, wheezing-ul se percepe mai bine. (Anumiţi medici preferă să examineze atât toracele anterior, cât şi toracele posterior cu pacientul în poziţie şezândă. Această tehnică este de asemenea acceptată.)

- *La pacienţii care nu pot sta în şezut nesusţinuţi*, încercaţi să chemaţi pe cineva să vă ajute, pentru a putea examina toracele posterior în poziţie şezândă. Dacă acest lucru nu este posibil, întoarceţi pacientul în decubit lateral drept, apoi stâng. Percutaţi câmpurile pulmonare superioare şi auscultaţi ambii plămâni în fiecare poziţie. Deoarece în plămânul situat decliv ventilaţia este mai bună, aveţi mai multe şanse să auscultaţi raluri sibilante sau crepitante la acest nivel. (vezi pag. 303)

EVALUAREA INIŢIALĂ A RESPIRAŢIEI ŞI A TORACELUI

Chiar dacă aţi măsurat deja frecvenţa respiratorie când aţi determinat semnele vitale, este de preferat *să observaţi* din nou *frecvenţa, ritmul, amplitudinea şi efortul respirator*. Un adult sănătos aflat în repaus respiră calm şi regulat de aproximativ 14-20 ori pe minut. Vă puteţi aştepta la un oftat intermitent. Observaţi dacă expirul este prelungit.

Vezi Planşa 4-8, Anomalii ale frecvenţei şi ritmului respirator, pag. 134.

Întotdeauna inspectaţi pacientul pentru semne de dispnee.

- *Apreciaţi culoarea tegumentelor* căutând prezenţa cianozei. Reamintiţi-vă toate constatările relevante din examinarea anterioară, precum forma unghiilor.

Cianoza semnalează hipoxia. Unghii hipocratice (vezi pag. 193) în *abcese pulmonare, neoplazii, boli cardiace congenitale.*

- *Ascultaţi respiraţia pacientului.* Percepeţi wheezing? Dacă da, unde se suprapune acesta pe ciclul respirator?

Stridorul perceptibil, un şuierat cu tonalitate înaltă, este un semn alarmant de obstrucţie aeriană la nivelul laringelui sau traheei.

- *Inspectaţi gâtul.* Observaţi în inspir contracţia muşchilor accesori, respectiv sternocleidomastoidieni şi scaleni, sau retracţie supraclaviculară? Traheea este în poziţie mediană?

Contracţia inspiratorie a muşchilor sternocleidomastoidieni şi scaleni în repaus semnalează dificultăţi severe de respiraţie. Deplasare laterală a traheei în *pneumotorax, revărsat pleural* sau *atelectazie.*

Analizaţi şi forma toracelui. Diametrul antero-posterior (AP) creşte cu vârsta, comparativ cu diametrul toracic lateral.

Diametrul AP poate fi crescut şi în *boala pulmonară obstructivă cronică* (BPOC), deşi nu este mereu evident.[15]

EXAMINAREA TORACELUI POSTERIOR

Inspecţia

Stând în poziţie mediană, în spatele pacientului, observaţi *forma toracelui* şi *dinamica acestuia*, notând:

- Anomalii sau asimetrii

Vezi Panşa 8-4, Anomalii ale toracelui (pag. 317).

- Retracţie anormală a spaţiilor intercostale în inspir. Tirajul este vizibil mai bine la nivelul spaţiilor intercostale inferioare.

Retracţie în *astm bronşic* sever, *BPOC* sau obstrucţie a căilor aeriene superioare.

- Mişcări respiratorii diminuate la nivelul unui hemitorace sau ambelor sau întârziere unilaterală de mişcare.

Dinamica respiratorie diminuată unilateral sau întârziată sugerează afectarea plămânului sau pleurei subiacente.

Palparea

În timp ce palpaţi toracele, concentraţi-vă pe zonele dureroase şi care au modificări ale tegumentului supraiacent, ale amplitudinii mişcărilor respiratorii şi ale freamătului tactil.

Durere intercostală la nivelul pleurei inflamate.

- *Identificaţi zonele sensibile.* Palpaţi cu atenţie regiunile dureroase sau cu semne vizibile de leziuni sau echimoze.

Echimoze la nivelul unei fracturi costale.

- *Evaluaţi orice anomalie observată*, precum tumefacţii sau fistule (structuri tubulare în fund de sac, deschise la suprafaţa tegumentului).

Deşi rare, fistulele indică de obicei infecţia plămânului şi a pleurei subiacente (în *tuberculoză, actinomicoză*).

- *Testați amplitudinea mișcărilor respiratorii.* Plasați-vă mâinile cu ambele police la nivelul coastei a 10-a, cuprinzând părțile laterale ale cutiei toracice cu degetele ușor flectate și paralele cu coastele. În timp ce vă poziționați mâinile, apropiați-le medial astfel încât să formați un mic pliu tegumentar bilateral între police și coloana vertebrală.



Cereți pacientului să inspire profund. Urmăriți distanța dintre cele două police când acestea se îndepărtează în timpul inspirului și evaluați amplitudinea și simetria cutiei toracice pe măsură ce aceasta se destinde și se retractă.

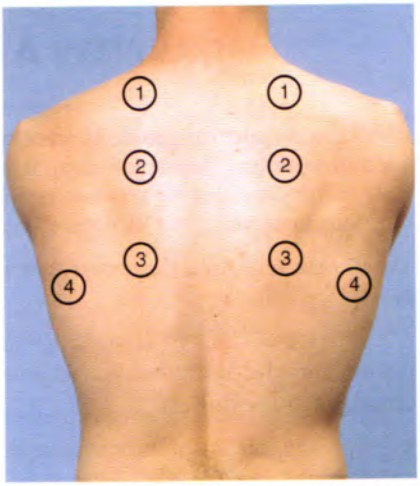
Cauzele de diminuare sau de întârziere unilaterală a amplitudinii mișcărilor respiratorii includ *fibroza cronică* a plămânului sau a pleurei subiacente, *revărsatul pleural, pneumonia lobară*, durerea pleurală însoțită de imobilitate antalgică și obstrucția bronșică unilaterală.

- *Percepeți freamătul tactil.* Freamătul se referă la vibrațiile vocale palpabile transmise prin arborele traheobronșic la peretele toracic în timp ce pacientul vorbește. Pentru a percepe freamătul folosiți fie partea osoasă palmară de la baza degetelor, fie suprafața ulnară, pentru a optimiza sensibilitatea vibratorie a oaselor mâinii. Cereți pacientului să repete cuvintele „treizeci și trei" sau „unu-unu-unu". Dacă freamătul este slab, cereți pacientului să vorbească mai tare sau cu voce mai gravă.

Până când învățați să percepeți freamătul folosiți o singură mână. Unii medici consideră această metodă mai exactă. Totuși, folosind simultan ambele mâini pentru studiul comparativ câștigați timp și detectați mai ușor diferențele.

Freamătul este diminuat sau absent când vocea este slabă sau când transmiterea vibrațiilor de la laringe la suprafața toracelui este împiedicată. Cauzele lipsei de transmitere a vibrațiilor vocale includ peretele toracic gros; obstrucția bronșică; *BPOC*; clivarea foițelor pleurale prin lichid (*revărsat pleural*), fibroză (*pahipleurită*), aer (*pneumotorax*) sau tumoră infiltrativă.

- *Palpați și comparați ariile simetrice* pulmonare ca în modelul din imagine. Identificați și localizați ariile cu freamăt tactil accentuat, diminuat sau absent. Freamătul este în mod obișnuit mai accentuat în aria interscapulară decât în câmpurile pulmonare inferioare și în partea dreaptă față de cea stângă. Este absent sub nivelul diafragmului.



ARIILE DE PERCEPERE A FREAMĂTULUI

Freamătul tactil este un instrument de evaluare orientativ, dar ca tehnică de studiu vă direcționează

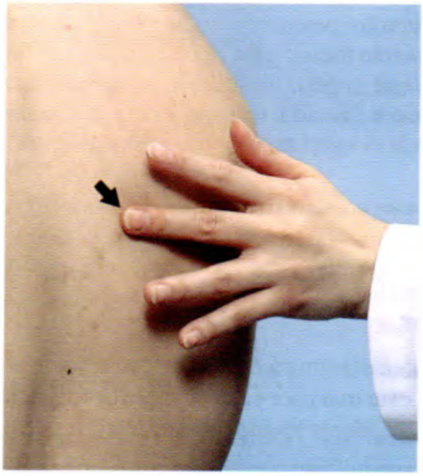
Căutați freamătul *asimetric*: freamăt *diminuat* asimetric prin scăderea transmiterii sunetelor cu frecvență joasă în revărsat pleural, pneumotorax sau neoplasm unilateral; freamăt *accentuat* asimetric prin creșterea transmiterii în pneumonia unilaterală.[15]

atenţia spre posibile modificări patologice. În continuarea examinării veţi verifica toate constatările observate, ascultând zgomotele respiratorii, vocale şi vocale şoptite. Toate aceste caractere tind să se diminueze sau să se accentueze în acelaşi timp.

Percuţia

Percuţia este una din cele mai importante tehnici ale examenului fizic. Prin percuţie, peretele toracic şi structurile subiacente se mobilizează, producând sunete perceptibile şi vibraţii palpabile. Percuţia vă ajută să stabiliţi dacă ţesutul subiacent conţine aer, lichid sau este condensat. Această metodă explorează până la o adâncime de 5-7 cm în torace, ceea ce nu vă va ajuta să depistaţi afecţiuni situate mai profund.

Tehnica percuţiei poate fie exersată pe orice suprafaţă. În timp ce exersaţi, ascultaţi modificările rezonanţei la percuţie pe diferite structuri sau părţi ale corpului. Secretele unei tehnici adecvate pentru persoanele dreptace sunt următoarele:



- Plasaţi pe torace degetul mijlociu al mâinii stângi, cunoscut ca *deget plesimetru*, în hiperextensie. Apăsaţi ferm articulaţia interfalangiană distală a acestuia pe suprafaţa ce urmează a fi percutată. *Evitaţi să atingeţi cu restul mâinii suprafaţa, deoarece amortizează vibraţiile.* Policele, degetul al 2-lea, al 4-lea şi al 5-lea nu ating toracele.



- Poziţionaţi antebraţul drept în apropierea suprafeţei, cu mâna ridicată. Degetul mijlociu va fi parţial flectat, destins şi pregătit să percute.

- Cu o *mişcare rapidă, sigură dar relaxată din articulaţia mâinii*, loviţi degetul plesimetru cu degetul mijlociu drept sau degetul percutor. Ţintiţi spre articulaţia interfalangiană distală. În felul acesta încercaţi să transmiteţi vibraţiile prin oasele articulaţiei la peretele toracic subiacent.

- Folosiţi *vârful degetului percutor* când loviţi şi nu pulpa degetului. Degetul percutor trebuie să fie în unghi drept faţă de plesimetru. Pentru a evita să vă răniţi se recomandă unghiile tăiate scurt.

- Retrageţi repede degetul percutor pentru a evita amortizarea vibraţiilor create.



În concluzie, mişcarea este din articulaţie. Este directă, rapidă dar relaxată, cu un uşor balans.

Sunetele la percuţie. Cu ajutorul degetului percutor efectuaţi cea mai uşoară percuţie care produce un sunet clar. Un perete toracic gros necesită o percuţie mai puternică decât unul subţire. Dacă totuşi este necesar un sunet *mai intens*, aplicaţi o presiune mai mare cu degetul *plesimetru* (această metodă este mai eficientă pentru creşterea intensităţii sunetului, decât să loviţi mai tare cu degetul percutor).

- *Când percutaţi baza toracelui posterior* poziţionaţi-vă mai degrabă lateral, decât direct în spatele pacientului. Aceasta vă permite să aşezaţi degetul plesimetru ferm pe torace, în timp ce degetul percutor poate fi mai eficient, producând o sonoritate mai bună.

- *Când comparaţi două zone*, folosiţi aceeaşi tehnică de percuţie în ambele arii. Loviţi de două ori în fiecare poziţie. Este mai uşor să detectaţi diferenţele de sonoritate comparând două arii diferite, decât lovind repetat în acelaşi loc.

- *Învăţaţi să identificaţi cinci tipuri de sonoritate.* Puteţi să exersaţi patru din ele chiar pe propriul corp. Aceste sunete diferă între ele prin caracterele de bază ale sunetului: intensitate, frecvenţă şi durată. Antrenaţi-vă urechea să distingă aceste diferenţe, concentrându-vă pe fiecare însuşire în parte, în timp ce percutaţi zone diferite. Analizaţi tabelul de mai jos. Percuţia plămânului sănătos produce *sonoritate*.

Sunetele la percuţie şi caracterele acestora

	Intensitate relativă	Frecvenţă relativă	Durată relativă	Exemple de localizări	Exemple patologice
Matitate lemnoasă	Slabă	Înaltă	Scurtă	Coapsă	Revărsat pleural masiv
Matitate	Medie	Medie	Medie	Ficat	Pneumonie lobară
Sonoritate	Mare	Joasă	Lungă	Plămân sănătos	Bronşită cronică simplă
Hipersonoritate	Foarte mare	Mai joasă	Mai lungă	Nici una, în mod normal	BPOC, pneumotorax
Timpanism	Mare	Înaltă*	*	Fornixul stomacului sau obrazul umflat	Pneumotorax masiv

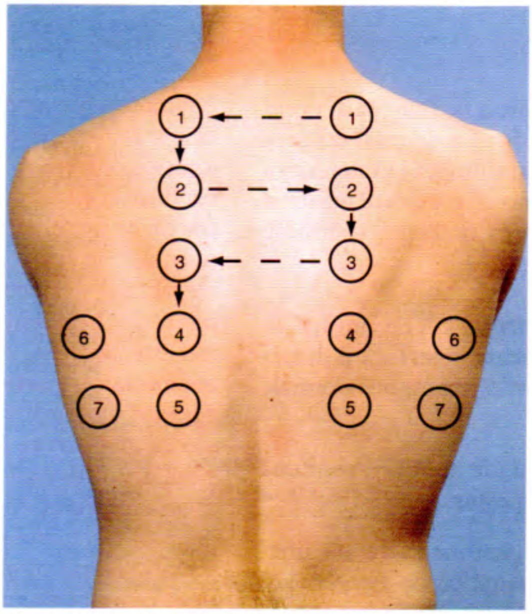
*Diferenţiate în principal prin timbrul lor muzical.

În timp ce pacientul ține brațele încrucișate pe piept, percutați fiecare hemitorace în regiuni simetrice de la vârf la bază.

- *Percutați mai întâi un hemitorace, apoi celălalt la același nivel*, în formă de scară, așa cum arată numerele din imaginea de mai jos. Evitația zonele din dreptul scapulelor – grosimea stratului musculo-osos alterează sonoritatea pulmonară. Delimitați sunetele anormale și identificați calitatea acestora.

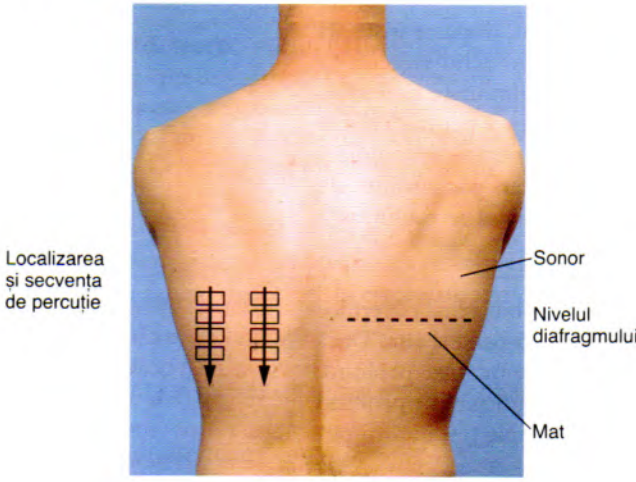
Sonoritatea este înlocuită de *matitate* când un lichid sau un țesut solid înlocuiește parenchimul aerat sau ocupă spațiul pleural aflat sub degetele percutorii. Exemplele sunt: *pneumonia lobară*, când alveolele sunt pline cu lichid și celule sanguine; acumularea pleurală de lichid seros (*pleurezie*), sânge (*hemotorax*), puroi (*empiem*), țesut fibros sau tumoral.

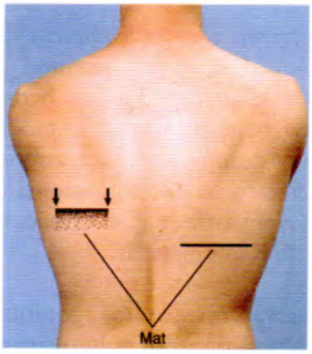
Hipersonoritatea generalizată se întâlnește în hiperinflația pulmonară din BPOC sau astm bronșic, dar nu este un semn de certitudine. *Hipersonoritatea unilaterală* sugerează un pneumotorax masiv sau posibila prezență a unei bule aeriene pulmonare mari.



MODELUL DE PERCUȚIE ȘI AUSCULTAȚIE „ÎN SCARĂ"

- *Identificați coborârea diafragmului sau excursia diafragmatică. Mai întâi, determinați nivelul matității diafragmatice* în timpul respirației liniștite. Ținând degetul plesimetru deasupra și paralel cu nivelul presupus al matității, percutați descendent progresiv până când sonoritatea pulmonară este înlocuită în mod clar de matitate. Confirmați acest nivel percutând pe linia mediană a hemitoracelui și lateral de aceasta.





Un nivel anormal de ridicat sugerează *revărsat pleural* sau ascensionarea diafragmului din *atelectazie* sau *paralizie diafragmatică*.

Prin această tehnică identificaţi graniţa dintre parenchimul pulmonar sonor şi structurile mai dense de sub diafragm. Nu percutaţi diafragmul în sine. Puteţi deduce localizarea probabilă a diafragmului după nivelul matităţii.

Acum, *estimaţi mărimea excursiei diafragmatice* determinând distanţa dintre nivelul matităţii în expir complet şi cel în inspir profund, distanţa normală fiind de aproximativ 5 sau 6 cm.

Auscultaţia

Auscultaţia este cea mai importantă tehnică de examinare a fluxului de aer prin arborele traheobronşic. Împreună cu percuţia, ajută medicul să determine starea parenchimului pulmonar şi a spaţiului pleural. Auscultaţia implică (1) ascultarea zgomotelor produse de respiraţie, (2) ascultarea zgomotelor supraadăugate şi (3) dacă se suspectează modificări patologice, ascultarea sunetelor transmise prin peretele toracic când pacientul vorbeşte sau şopteşte.

Zgomotele provenite de la lenjeria de pat sau cea de corp şi de la toracele propriu-zis pot genera confuzie la auscultaţie. Firele de păr de pe piept pot induce pocnete. Fie apăsaţi mai tare membrana stetoscopului, fie udaţi părul. Dacă pacientului îi este frig sau este încordat, veţi auzi zgomotul contracţiei musculare – zgomot surd, înăbuşit, hodorogit sau ca un freamăt. Schimbarea poziţiei pacientului poate elimina zgomotul. Puteţi reproduce acest zgomot efectuând manevra Valsalva (expir cu glota închisă) în timp ce auscultaţi propriul torace.

Zgomotele respiratorii (zgomotele pulmonare). Veţi învăţa să identificaţi tipurile de zgomote respiratorii după intensitate, frecvenţă şi durata relativă a fazelor lor inspiratorii şi expiratorii. Zgomotele respiratorii normale sunt:

- *Murmurul vezicular*, slab şi de frecvenţă joasă. Se aude în inspir, continuă fără pauză în expir, apoi dispare cam la o treime din expir.
- *Bronhovezicular*, cu faza inspiratorie egală cu cea expiratorie ca durată, uneori separate de un interval liber. Detectarea diferenţelor de frecvenţă şi intensitate este deseori mai uşoară în expir.
- *Bronşic*, mai puternic şi cu frecvenţă mai înaltă, cu un interval liber scurt între faza inspiratorie şi cea expiratorie. Faza expiratorie durează mai mult decât cea inspiratorie.

Însuşirile acestor trei tipuri de zgomote respiratorii sunt rezumate în tabelul următor. Este descris şi zgomotul *traheal* – foarte puternic, aspru, care se aude la nivelul traheii cervicale.

Auscultaţi zgomotele respiratorii cu membrana stetoscopului, după ce instruiţi pacientul să respire profund cu gura deschisă. Folosiţi modelul sugerat la percuţie, alternând fiecare hemitorace şi comparând ariile pulmonare simetrice. Dacă auziţi sau suspectaţi modificări, auscultaţi şi aria adiacentă pentru a putea descrie complet extinderea anomaliilor. Ascultaţi cel puţin o respiraţie completă în fiecare zonă. Fiţi atenţi la orice disconfort provocat pacientului de hiperventilaţie (e.g. confuzie, lipotimie) şi permiteţi acestuia să se odihnească cât timp este necesar.

Observaţi *intensitatea* zgomotelor respiratorii. Ele sunt de obicei mai puternice la baza câmpurilor pulmonare posterioare şi pot varia de la o zonă la alta. Dacă zgomotele respiratorii par slabe, cereţi pacientului să respire mai profund. Puteţi astfel să le auziţi mai bine. Când pacientul nu respiră suficient de profund sau când are un perete toracic gros, ca în obezitate, zgomotele respiratorii pot rămâne diminuate.

Zgomotele respiratorii pot fi diminuate când fluxul de aer este scăzut (în bolile pulmonare obstructive, miopatii) sau când transmiterea sunetelor este slabă (*în revărsat pleural, pneumotorax sau BPOC*).

Caracterele zgomotelor respiratorii[16]

	Durata zgomotului	Intensitatea în faza expiratorie	Frecvenţa în faza expiratorie	Aria unde se aude normal
Murmur vezicular*	Faza inspiratorie durează mai mult decât cea expiratorie	Slabă	Relativ joasă	La nivelul ambilor plămâni
Bronho-vezicular	Faza inspiratorie durează mai mult decât cea expiratorie	Intermediară	Intermediară	Adesea în primul şi al 2-lea spaţiu intercostal anterior şi interscapular
Bronşic	Faza expiratorie durează mai mult decât cea inspiratorie	Puternică	Relativ înaltă	La nivelul manubriului, uneori nu se aude.
Traheal	Faza inspiratorie este aproape egală cu cea expiratorie.	Foarte puternică	Relativ înaltă	La nivelul traheii cervicale

*Grosimea liniilor indică intensitatea; panta acestora este proporţională cu frecvenţa.

Dacă zgomotele bronhovezicular şi bronşic se aud în arii diferite faţă de cele enumerate, se ridică suspiciunea înlocuirii parenchimului aerat cu ţesut pulmonar condensat sau plin cu lichid. Vezi Planşa 8-5, Zgomote respiratorii şi vibraţii vocale normale şi patologice (pag. 318).

Există un *interval liber* între faza inspiratorie şi cea expiratorie?

Un interval sugerează zgomote respiratorii bronşice.

Ascultaţi *frecvenţa, intensitatea şi durata zgomotelor inspiratorii şi expiratorii.* Murmurul vezicular este distribuit uniform pe suprafaţa toracică? Aţi întâlnit zgomote bronhoveziculare sau bronşice în locuri neaşteptate? Dacă da, unde?

Zgomotele supraadăugate. Ascultaţi orice zgomote noi sau aflate în zone neaşteptate suprapuse peste zgomotele respiratorii normale. Detectarea zgomotelor supraadăugate – raluri *crepitante, sibilante* şi *ronflante* – reprezintă o parte importantă a examinării, ducând deseori la diagnosticarea afecţiunilor cardiace şi pulmonare. Cele mai des întâlnite tipuri de raluri sunt descrise în pagina următoare.

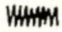
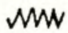
Pentru mai multe informaţii şi alte zgomote adăugate, vezi Planşa 8-6, Zgomote pulmonare supraadăugate: cauze şi caracteristici (pag. 319).

Dacă percepeţi *crepitante*, mai ales când acestea nu dispar după tuse, ascultaţi cu atenţie următoarele caracteristici.[16-19] Acestea sunt indicii ale afecţiunilor de bază:

- Intensitatea, frecvenţa şi durata (rezumate prin crepitante fine sau aspre)
- Număr (câteva sau numeroase)

Crepitante fine la sfârşitul inspirului, ce persistă la fiecare respiraţie, sugerează afectarea parenchimului pulmonar.

● Zgomotele pulmonare supraadăugate[16]

Raluri crepitante	Raluri sibilante şi ronflante
• **Discontinuu**	• **Continuu**
• Intermitent, nonmuzical şi scurt	• ≥250 ms, muzical, prelungit (dar nu persistă întotdeauna pe toată durata ciclului respirator)
• Ritm punctat	• Ritm liniar
• *Crepitante fine:* slabe, cu frecvenţă înaltă, foarte scurte (5-10 ms)	• *Sibilante:* frecvenţă relativ înaltă (≥400 Hz) cu caracter siflant (strident) sau ascuţit 
• *Crepitante aspre:* ceva mai puternice, cu frecvenţă joasă, scurte (20-30 ms) •••••	• *Ronflante:* frecvenţă relativ joasă (≤200 Hz) cu caracter de sforăit 

Crepitantele se pot datora afecţiunilor plămânilor (*pneumonie, fibroză, insuficienţă cardiacă congestivă în stadiu incipient*) sau ale căilor aeriene (bronşită, bronşiectazie).

Sibilantele sugerează îngustarea căilor aeriene în *astm bronşic, BPOC* sau *bronşită.*

Ronflantele sugerează prezenţa secreţiilor în căile aeriene mari.

- Momentul suprapunerii pe ciclul respirator
- Localizarea la nivelul peretelui toracic
- Persistenţa caracterului la fiecare respiraţie
- Modificarea după tuse sau schimbarea poziţiei pacientului

Dispariţia crepitantelor, sibilantelor şi a ronflantelor după tuse sau după schimbarea poziţiei sugerează existenţa secreţiilor vâscoase, ca în *bronşită* sau *atelectazie.*

La unii oameni sănătoşi, crepitantele se pot auzi la baza plămânilor, în partea anterioară, după un expir profund. De asemenea, crepitante pot apărea în partea declivă a plămânilor, după imobilizare prelungită.

Dacă auziţi *ronflante* sau *sibilante*, observaţi momentul apariţiei şi localizarea lor. Se modifică cu respiraţia profundă sau cu tusea?

Constatările predictive pentru BPOC includ o combinaţie de semne şi simptome, în special wheezing, relatat de pacient sau observat de medic, plus istoric de fumător, vârsta înaintată şi zgomote pulmonare diminuate. Diagnosticul necesită explorarea funcţiei pulmonare prin spirometrie.[20-25]

Transmiterea vibraţiilor vocale. Dacă auziţi zgomote bronhoveziculare sau bronşice localizate anormal, evaluaţi transmiterea vibraţiilor vocale. Cu ajutorul stetoscopului, ascultaţi în arii pulmonare simetrice în timp ce:

Creşterea transmiterii vibraţiilor vocale sugerează condensarea parenchimului pulmonar. Vezi Planşa 8-5, Zgomote respiratorii şi vibraţii vocale normale şi patologice (pag. 318).

- Cereţi pacientului să spună „treizeci şi trei". În mod normal sunetele transmise prin peretele toracic sunt înăbuşite şi neclare.

Transmiterea puternică şi clară a vibraţiilor vocale se numeşte *bronhofonie.*

- Cereţi pacientului să spună „ii." Veţi auzi un sunet „i" înăbuşit şi lung.

Când „ii" se aude „ei" este prezentă *egofonia,* întâlnită în condensarea lobară din *pneumonie.* Caracterul sunetului este nazonant.

- Cereţi pacientului să şoptească „treizeci şi trei" sau „unu-doi-trei." Vocea şoptită se aude în mod normal slab şi neclar sau nu se aude deloc.

Transmiterea puternică şi clară a sunetelor şoptite se numeşte *pectorilocvie afonă.*

EXAMINAREA TORACELUI ANTERIOR

Când este examinat în decubit dorsal, pacientul trebuie să stea confortabil cu braţele în uşoară abducţie. Pacientul care respiră dificil va fi examinat în poziţie şezândă sau cu capul patului ridicat la nivelul de confort.

Pacienţii cu *BPOC* severă preferă ssă stea aplecaţi în faţă, cu buzele răsfrânte în expir şi braţele sprijinite pe genunchi sau pe masă.

Inspecţia

Observaţi *forma toracelui pacientului* şi *dinamica peretelui acestuia.* Căutaţi:

- Anomalii sau asimetrii

Vezi Planşa 8-4, Anomalii ale toracelui (pag. 317).

- Retracţii anormale ale spaţiilor intercostale inferioare în inspir. Retracţia supraclaviculară este deseori prezentă.

Astm bronşic sever, *BPOC* sau obstrucţie a căilor aeriene superioare.

- Mişcări respiratorii întârziate sau diminuate într-o anumită arie

Afectarea plămânului şi a pleurei subiacente.

Palparea

Palparea are patru roluri utile:

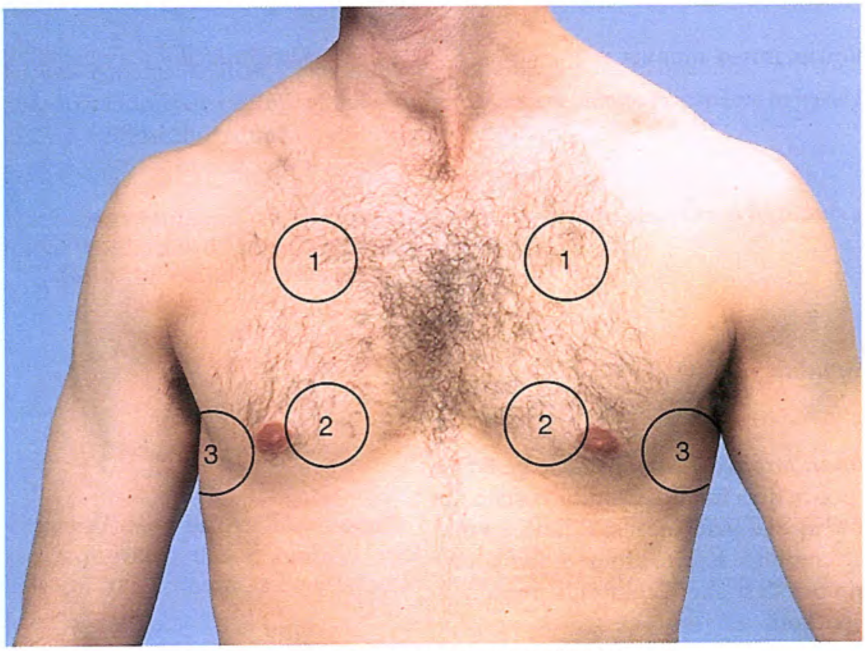
- *Identificarea zonelor sensibile*

Sensibilitatea la nivelul muşchilor pectorali sau cartilajelor costale pledează pentru originea osteo-musculară a durerii, dar nu o confirmă.

- *Evaluarea modificărilor patologice constatate*
- *Determinarea suplimentară a expansiunii toracice.* Plasaţi palmele pe feţele laterale ale cutiei toracice, cu ambele police de-a lungul arcurilor costale. În timp ce poziţionaţi mâinile, apropiaţi-le medial astfel încât să ridicaţi un mic pliu tegumentar între police. Cereţi pacientului să inspire profund. Remarcaţi distanţa dintre cele două police în timpul destinderii toracelui şi evaluaţi amplitudinea şi simetria mişcărilor respiratorii.



- *Evaluarea freamătului tactil.* Comparaţi ambele hemitorace, folosind partea osoasă de la baza degetelor sau marginea ulnară a palmei. Freamătul tactil este de obicei diminuat sau absent la nivelul ariei precordiale. Când examinaţi o pacientă, deplasaţi uşor glanda mamară atât cât este necesar.



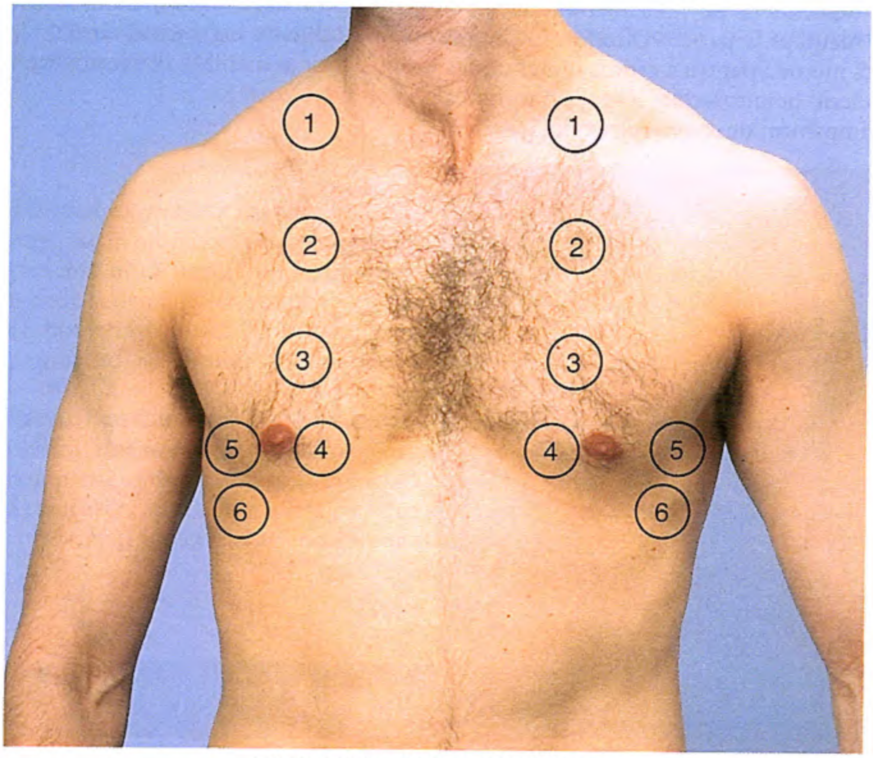
ARIILE DE PERCEPERE A FREAMĂTULUI

Percuția

Percutaţi toracele anterior şi lateral, comparând ambele hemitorace. În mod normal inima produce o arie de matitate aflată la stânga sternului între al 3-lea şi al 5-lea spaţiu intercostal. Percutaţi plămânul stâng lateral faţă de această arie.

Sonoritatea este înlocuită de matitate când un lichid sau ţesut solid înlocuiesc parenchimul aerat sau ocupă spaţiul pleural. Deoarece lichidul pleural se deplasează de obicei în spaţiile declive (posterior la pacientul în decubit dorsal), numai revărsatul pleural masiv poate fi identificat prin percuţia peretelui anterior.

Hipersonoritatea din BPOC poate înlocui complet matitatea cardiacă.



ARIILE DE PERCUȚIE ȘI AUSCULTAȚIE

La femei, pentru optimizarea percuţiei, deplasaţi uşor glanda mamară cu mâna stângă în timp ce percutaţi cu cea dreaptă.

Matitatea din pneumonia lobului mijlociu drept se percepe la nivelul glandei mamare drepte. Puteţi să nu observaţi modificarea sonorităţii dacă nu deplasaţi glanda mamară.

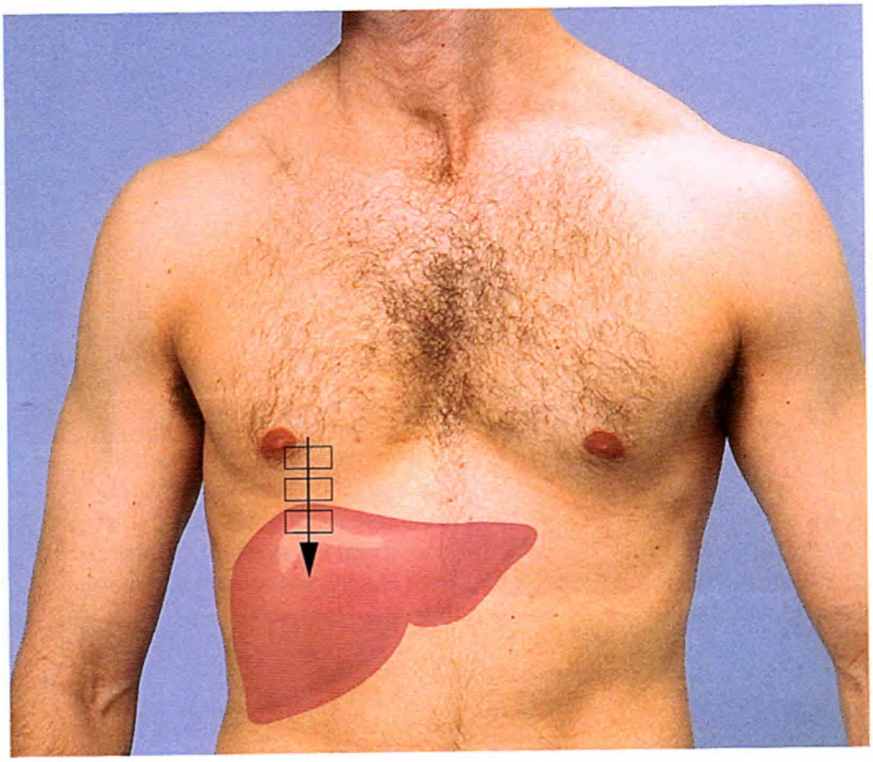


Ca alternativă, puteţi cere pacientei să deplaseze glanda mamară în locul vostru.

Identificaţi şi localizaţi zonele cu sonoritate anormală.

Cu degetul plesimetru deasupra şi paralel cu presupusa limita superioară a matităţii hepatice, percutaţi în trepte, descendent pe linia medioclaviculară dreaptă. Identificaţi limita superioară a matităţii hepatice. Ulterior, în timpul examenului abdominal, veţi folosi această metodă pentru a estima dimensiunea ficatului. În timp ce percutaţi descendent hemitoracele stâng, sonoritatea normală a plămânului se transformă în timpanism deasupra fornixului gastric.

Plămânul afectat de BPOC împinge deseori în jos limita superioară a ficatului. De asemenea, nivelul posterior al matităţii diafragmatice este situat mai jos.



Auscultaţia

Auscultaţi toracele la nivel anterior şi lateral în timp ce pacientul respiră cu gura deschisă, mai profund decât în mod obişnuit. Comparaţi ariile pulmonare simetrice, folosind modelul sugerat la percuţie şi extinzându-l la zonele adiacente, ca în imagine.

Auscultaţi zgomotele respiratorii, remarcând intensitatea lor şi identificând orice variaţie a murmurului vezicular normal. Zgomotele respiratorii sunt de obicei mai puternice la nivelul câmpurilor pulmonare antero-superioare. Zgomotele bronhoveziculare se aud la nivelul căilor aeriene mari, în special pe partea dreaptă.

Identificaţi zgomotele supraadăugate, momentul suprapunerii lor pe ciclul respirator şi proiecţia lor la nivelul peretelui toracic. Dispar acestea în respiraţia profundă?

Dacă este necesar, ascultaţi şi *transmiterea vibraţiilor vocale*.

Vezi Planşa 8-6, Zgomote pulmonare supraadăugate: cauze şi caracteristici (pag. 319) şi Planşa 8-7, Examenul fizic în anumite afecţiuni pulmonare (pag. 320-321).

TEHNICI SPECIALE

Evaluarea clinică a funcţiei pulmonare. O modalitate simplă, dar eficientă de evaluare a funcţiei pulmonare este „testul mersului." Cronometraţi pacientul în timp ce execută în ritm normal o plimbare de 8 paşi. Repetaţi testul şi notaţi timpul cel mai bun. Observaţi frecvenţa, efortul şi zgomotele respiratorii.

Adulţii vârstnici cu capacitate de muncă, care execută testul în 5,6 secunde sau mai mult sunt predispuşi în timp la incapacitate, faţă de cei care necesită 3,1 secunde sau mai puţin. Intervenţia precoce previne instalarea ulterioară a incapacităţii.[26]

Timpul expirator forţat. Acest test evaluează faza expiratorie a respiraţiei, care este în mod normal prelungită în afecţiunile pulmonare obstructive. Cereţi pacientului să inspire profund, apoi să expire cu gura deschisă cât poate de repede şi de complet. Ascultaţi cu membrana stetoscopului la nivelul traheei şi cronometraţi durata expirului perceput. Încercaţi să obţineţi trei măsurători, permiţând pacientului să se odihnească între ele dacă este necesar.

Pacienţii cu vârstă mai mare de 60 de ani cu timp expirator forţat de 6-8 secunde au un risc de două ori mai mare de a dezvolta BPOC.[27]

Identificarea unei fracturi costale. Sensibilitatea şi durerea localizate la nivelul uneia sau mai multor coaste ridică suspiciunea de fractură. Prin compresie toracică antero-posterioară puteţi diferenţia o fractură de o leziune a ţesuturilor moi. Cu o mână pe stern şi cealaltă pe coloana vertebrală toracală, comprimaţi toracele. Pacientul simte durere? Unde?

Intensificarea durerii localizate (la distanţă de mâinile voastre) sugerează mai curând o fractură costală decât o leziune de ţesuturi moi.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru descrierea constatărilor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului fizic – toracele şi plămânii

„Torace normal conformat, simetric, cu mişcări respiratorii normale. Sonoritate pulmonară normală. Murmur vezicular prezent; fără raluri. Excursia diafragmatică de 4 cm bilateral"

SAU

„Torace simetric cu cifoză moderată şi diametru antero-posterior (AP) mărit, ampliaţii diminuate. Hipersonoritate pulmonară. Murmur vezicular diminuat cu expir prelungit şi rare sibilante în expir. Freamăt tactil diminuat; fără bronhofonie, egofonie sau pectorilocvie afonă. Excursia diafragmatică de 2 cm bilateral."

Sugerează BPOC.[20-25]

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. American Thoracic Society. Dyspnea—mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 159(1):321–340, 1999.
2. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. N Engl J Med 3432(3):1715–1721, 2000.
3. Barker A. Bronchiectasis. N Engl J Med 346(18):1383–1393, 2002.
4. Wenzel RP, Fowler AA. Acute bronchitis. N Engl J Med 355(20):2125–2130, 2006.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent tobacco use and tobacco-caused diseases: recommendation statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, November 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/tobacccoun/tobcounrs.htm. Accessed September 11, 2007.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Lung cancer screening: recommendation statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/lungcancer/lungcanrs.htm. Accessed September 11, 2007.
7. U.S. Public Health Service. Treating tobacco use and dependence—clinician's packet. A how-to guide for implementing the Public Health Service clinical practice guideline. March 2003. Available at: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/clinpack.html. Accessed September 16, 2007.
8. Rigotti N. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 346(7):506–512, 2002.
9. Centers for Disease Control and Prevention, DHHS. Fact sheet: smoking and tobacco use. Cessation. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/cessation2.htm. Accessed September 16, 2007.
10. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. Ann Intern Med 145(11):845–856, 2006.
11. Norcross JC, Prochaska JO. Using the stages of change. Harvard Mental Health Letter May:5–7, 2002.
12. Varenicline (Chantix) for tobacco dependence. Med Lett Drugs Ther 48(1241–1242):66–68, 2006.
13. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of the ACIP. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 56(RR-6):1–54, 2007.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines and preventable diseases: pneumococcal vaccination. Available at: http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/pneumo/default.htm#recs. Accessed September 16, 2007.
15. McGee S. Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. Philadelphia: Saunders: 314, 2007.
16. Loudon R, Murphy LH. Lungs sounds. Am Rev Respir Dis 130(4):663–673, 1994.
17. Epler GR, Carrrington CB, Gaensler EA. Crackles (rales) in the interstitial pulmonary diseases. Chest 73(3):333–339, 1978.
18. Nath AR, Capel LH. Inspiratory crackles and mechanical events of breathing. Thorax 29(6):695–698, 1974.
19. Nath AR, Capel LH. Lung crackles in bronchiectasis. Thorax 35(9):694–699, 1980.
20. Badgett RG, Tanaka DJ, Hunt DK, et al. Can moderate chronic obstructive pulmonary disease be diagnosed by historical and physical findings alone? Am J Med 94(2):188–196, 1993.
21. Holleman DR, Simel DL. Does the clinical examination predict airflow limitation? JAMA 273(4):63–68, 1995.
22. Straus SE, McAlister FA, Sackett DL, et al. The accuracy of patient history, wheezing, and laryngeal measurements in diagnosing obstructive airway disease. JAMA 283(14):1853–1857, 2000.
23. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, et al. GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 163(5):1256–1276, 2001.
24. Sin DD, McAlister FA, Man WEP, et al. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. JAMA 290(17):2310–2312, 2003.
25. Sutherland ER, Cherniack RM. Management of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 350(26):2689–2697, 2004.
26. Gurlanik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, et al. Lower extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med 332(9):556–561, 1995.
27. Schapira RM, Schapira MM, Funahashi A, et al. The value of the forced expiratory time in the physical diagnosis of obstructive airway disease. JAMA 270(6):731–736, 1993.
28. Panettieri RA. In the clinic. Asthma. Ann Intern Med 146(11): ITC6-1–ITC6-14, 2007.
29. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. JAMA 378(17):1440–1445, 1997.
30. Chunilal SD, Eikelboom JW, Attia J, et al. Does this patient have pulmonary embolism? JAMA 290(21):2849–2858, 2003.
31. American Thoracic Society. Diagnostic standards/classification of TB in adults and children. Am J Respir Crit Care Med 161:1376–1395, 2000.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Examinarea plămânilor

Bettancourt PE, DelBono EA, Speigelman D, et al. Clinical utility of chest auscultation in common pulmonary disease. Am J Resp Crit Care Med 150:1921, 1994.

Cugell DW. Lung sound nomenclature. Am Rev Respir Dis 136: 1016, 1987.

Koster MEY, Baughmann RP, Loudon RG. Continuous adventitious lung sounds. J Asthma 27:237, 1990.

Kraman SS. Lung sounds for the clinician. Arch Intern Med 146: 1411, 1986.

Lehrer S. Understanding Lung Sounds, 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002.

Lichtenstein D, Goldstein I, Mourgeon E, et al. Comparative diagnostic performances of auscultation, chest radiography, and lung ultrasonography in acute respiratory distress syndrome. Anesthesiology 100(1):9–15, 2004.

Afecțiuni pulmonare

American Thoracic Society and Centers for Disease Control and Prevention. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. Am J Respir Crit Care Med 161(4 Pt 1): 1376–1395, 2000.

Baum GL, Crapo JD, Celli BR, et al., eds. Baum's Textbook of Pulmonary Diseases, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Chung KF, Pavord ID. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. Lancet 371(9621):1364–1374, 2008.

Eder W, Ege MJ, Mutius E. The asthma epidemic. N Engl J Med 355(21):2226–2235, 2006.

Evans SE, Scanlon PD. Current practice in pulmonary function testing. Mayo Clin Proc 78(6):758–763, 2003.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, May 2008. Available at: http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic. Accessed May 26, 2008.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Bethesda, MD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, World Health Organization, National Heart, Lung and Blood Institute, 2007. Available at: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12178&nbr=006275&string=GOLD. Accessed May 26, 2008.

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 147(9):633–638, 2007.

Ware LB, Matthay MA. Acute pulmonary edema. N Engl J Med 353(26):2788–2796, 2005.

Weinberger SE, Cockrill BA, Mandel J. Principles of Pulmonary Medicine, 5th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2008.

Williams SG, Schmidt DK, Redd SC, et al. Key clinical activities for quality asthma care: recommendations of the National Asthma Education and Prevention Program. MMWR Recomm Rep 52 (RR–6):1–8, 2003.

Witt TJ, Niewoehner D, Macdonald R, et al. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. Ann Intern Med 147(9):639–653, 2007.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANȘA 8-1

Durerea toracică

Afecțiuni	Patogenie	Localizare	Caracter	Severitate
Cardiovasculare				
Angina pectorală	Ischemie miocardică temporară, de obicei secundară aterosclerozei coronare	Retrosternal sau pe tot toracele anterior, uneori iradiază în umăr, braț, gât, mandibulă sau abdomenul superior	Apăsător, de constricție sau strivire, ca o greutate, uneori ca o arsură	Ușoară spre moderată, uneori percepută ca disconfort și nu ca durere
Infarct miocardic	Ischemie miocardică prelungită, ducând la distrugere musculară ireversibilă sau necroză	La fel ca în angină	La fel ca în angină	Deseori, dar nu întotdeauna durere severă
Pericardită	▪ Iritația pleurei parietale adiacente pericardului	Precordial, poate iradia spre umăr sau gât	Ascuțit, tăios	Deseori severă
	▪ Mecanism neclar	Retrosternal	De strivire	Severă
Anevrism disecant de aortă	Clivarea tunicilor peretelui aortic, permițând pătrunderea sângelui și formarea unui tunel	Torace anterior, iradiază posterior, spre gât, sau abdomen	Violent, sfâșietor	Foarte severă
Pulmonare				
Traheobronșită	Inflamația traheii și bronhiilor mari	Sternal superior sau pe părțile laterale ale sternului	De arsură	Ușoară spre moderată
Durere pleuritică	Inflamația pleurei parietale din pleurezie, pneumonie, infarct sau neoplasm pulmonar	Peretele toracic supraiacent procesului	Ascuțit, tăios	Deseori severă
Gastrointestinale și altele				
Esofagita de reflux	Inflamația mucoasei esofagiene prin refluxul acidului gastric	Retrosternal, poate iradia posterior	De arsură, uneori de constricție	Ușoară până la severă
Spasm esofagian difuz	Disfuncție motorie a mușchiului esofagian	Retrosternal, poate iradia posterior, în brațe sau în mandibulă	De obicei de constricție	Ușoară până la severă
Durere de perete toracic, costocondrită	Diversă, deseori neclară	Deseori sub glanda mamară stângă sau de-a lungul cartilajelor costale; sau oriunde	De junghi, înțepătură sau durere surdă	Variabilă
Anxietate	Neclară	Precordială, sub glanda mamară stângă sau pe tot toracele anterior	De junghi, înțepătură sau durere surdă	Variabilă

Notă: Rețineți că durerea toracică poate proveni și de la structuri extratoracice precum gâtul *(artrită)* și abdomenul *(colică biliară, colecistită acută)*. Durerea pleurală se poate datora și unor afecțiuni abdominale precum *abcesul subdiafragmatic*.

Durată	Factori de agravare	Factori de ameliorare	Simptome asociate
De obicei 1-3 min, uneori 10 min. Episoadele prelungite durează până la 20 min	Efortul fizic, mai ales în frig; alimentaţia; stresul emoţional. Poate apărea şi în repaus	Repaus, nitroglicerina	Uneori dispnee, greaţă, transpiraţii
De la 20 min până la câteva ore			Greaţă, vărsături, transpiraţii, slăbiciune
Persistentă	Respiraţia, schimbarea poziţiei, tusea, clinostatismul, uneori deglutiţia	Poziţia şezândă cu trunchiul în anteflexie	Cele ale bolii de bază
Persistentă			Cele ale bolii de bază
Debut brusc, creşte rapid în intensitate, persistă ore sau mai mult	Hipertensiunea		Sincopă, hemiplegie, paraplegie
Variabilă	Tusea	Decubitul pe partea afectată	Tuse
Persistentă	Inspirul, tusea, mişcările trunchiului		Cele ale bolii de bază
Variabilă	Mesele bogate; anteflexia trunchiului, clinostatismul	Antiacide, uneori eructaţia	Uneori regurgitaţii, disfagie
Variabilă	Ingestie de alimente sau lichide reci; stresul emoţional	Uneori nitroglicerina	Disfagie
Tranzitorie, până la ore sau zile	Mişcările toracelui, trunchiului şi braţelor		Deseori sensibilitate locală
Tranzitorie, până la ore sau zile	Posibil după efort, stres emoţional		Sufocare, palpitaţii, slăbiciune, nelinişte

Dispneea[1]

Afecţiune	Patogenie	Durată
Insuficienţă cardiacă stângă *(insuficienţă ventriculară stângă sau stenoză mitrală)*	Creşterea presiunii din patul capilar pulmonar cu transsudarea lichidului în spaţiile interstiţiale şi alveole, scăderea complianţei pulmonare (creşterea rigidităţii), creşterea efortului respirator	Dispneea poate progresa treptat sau brusc în cazul edemului pulmonar acut.
Bronşită cronică*[4]	Producţie excesivă de mucus în bronhii, urmată de obstrucţie cronică a căilor aeriene	Tuse cronică productivă urmată de dispnee lent progresivă
Boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC)*[20-25]	Dilatarea permanentă a spaţiilor aeriene situate distal de bronhiolele terminale, cu distrugerea septurilor interalveolare şi obstrucţie cronică a căilor respiratorii	Dispnee lent progresivă; ulterior tuse relativ uşoară
Astm bronşic[28]	Hiperreactivitate bronşică implicând eliberarea de mediatori ai inflamaţiei, creşterea secreţiilor bronşice şi bronhoconstricţie	Episoade acute separate de perioade asimptomatice. Frecvent episoade nocturne
Pneumopatii interstiţiale difuze *(sarcoidoză, neoplasme extinse, azbestoză şi fibroză pulmonară idiopatică)*	Infiltrare anormală şi extinsă cu celule, lichid şi colagen în spaţiile interstiţiale dintre alveole. Cauze multiple	Dispnee progresivă cu ritm evolutiv dependent de afecţiunea de bază
Pneumonie[29]	Inflamaţia parenchimului pulmonar de la bronhiolele respiratorii la alveole	Boală acută cu durată variabilă în funcţie de agentul cauzal
Pneumotorax spontan	Pătrunderea aerului în spaţiul pleural prin spargerea bulelor de sub pleura viscerală, ce duce la colaps parţial sau total al plămânului	Dispnee cu instalare bruscă
Embolie pulmonară acută[30]	Ocluzia bruscă parţială sau totală a arterelor pulmonare de către un embol cu originea în venele profunde ale membrelor inferioare sau ale pelvisului	Dispnee cu instalare bruscă
Anxietate cu hiperventilaţie	Ventilaţie crescută care duce la alcaloză respiratorie şi scăderea presiunii parţiale a dioxidului de carbon în sânge	Episodică, deseori recurentă

* *Bronşita cronică* şi *boala pulmonară cronică obstructivă (BPOC)* pot coexista.

Factori de agravare	Factori de ameliorare	Simptome asociate	Condiţii de apariţie
Efortul fizic, clinostatismul	Repaus, poziţia ghemuită, deşi dispneea poate deveni persistentă	Deseori tuse, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă; uneori wheezing	Istoric de afecţiune cardiacă sau factori favorizanţi pentru aceasta
Efort fizic, iritanţi inhalatori, infecţii respiratorii	Expectoraţia; repaus, deşi dispneea poate deveni persistentă	Tuse cronică productivă, infecţii respiratorii recurente; poate apărea şi wheezing	Istoric de fumat, poluanţi de mediu, infecţii respiratorii recurente
Efort fizic	Repaus, deşi dispneea poate deveni persistentă	Tuse cu expectoraţie mucoasă limitată	Istoric de fumat, poluanţi de mediu, uneori deficit familial de alfa1-antitripsină
Variabili, includ alergeni, iritanţi, infecţii respiratorii, efort fizic, emoţii	Îndepărtarea factorilor agravanţi	Wheezing, tuse, constricţie toracică	Factori de mediu şi emoţionali
Efort fizic	Repaus, deşi dispneea poate deveni persistentă	Frecvent slăbiciune, oboseală. Tuse mai puţin frecventă decât în alte boli pulmonare	Diverse. Cauza poate fi expunerea la unele substanţe din mediu.
		Durere pleuritică, tuse, expectoraţie, febră – dar nu sunt întotdeauna prezente	Diverse
		Durere pleuritică, tuse	Frecvent la adulţi tineri sănătoşi
		De regulă, nici unul. Durere retrosternală apăsătoare, dacă ocluzia este masivă. Durere pleuritică, tuse şi hemoptizie dacă embolia este urmată de infarct pulmonar. Simptome de anxietate (vezi mai jos).	Postpartum sau postoperator; imobilizare prelungită; insuficienţă cardiacă congestivă, boală cronică pulmonară şi fractură de şold sau membru inferior; tromboză venoasă profundă (frecvent inaparentă clinic)
Se produce mai frecvent în repaus decât la efort. Posibil fără un context supărător evident.	Simptomele asociate sunt uneori ameliorate dacă pacientul respiră într-o pungă de hârtie sau de plastic.	Suspin, lipotimie, amorţeală sau înţepături la nivelul mâinilor şi picioarelor, palpitaţii, durere toracică	Pot fi prezente şi alte manifestări de anxietate

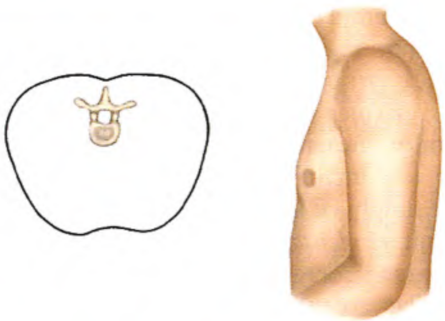
PLANȘA 8-3

Tusea[2] și hemoptizia*

Afecţiune	Tusea şi sputa	Simptome asociate şi condiţii de apariţie
Inflamaţii acute		
Laringită	Tuse seacă (fără spută), poate deveni productivă cu cantităţi variabile de spută	Boală acută, destul de uşoară, cu disfonie. Se asociază des cu rinofaringită virală.
Traheobronşită	Tuse seacă, poate deveni productivă	Boală acută, deseori virală, cu disconfort retrosternal cu caracter de arsură
Pneumonii virale şi cu Mycoplasma[29]	Tuse seacă, chinuitoare, frecvent devine productivă cu spută mucoasă	Boală acută febrilă însoţită de indispoziţie, cefalee şi posibil dispnee
Pneumonii bacteriene[29]	Pneumococ: spută mucoasă sau purulentă; uneori cu striuri de sânge, difuz roşiatică sau ruginie	Boală acută cu frisoane, febră înaltă, dispnee şi durere toracică. Este precedată deseori de o infecţie a căilor aeriene superioare.
	Klebsiella: similar; sau vâscoasă, roşie şi gelatinoasă	În mod caracteristic apare la bărbaţii vârstnici alcoolici
Inflamaţii cronice		
Drenaj postnazal	Tuse cronică; spută mucoasă sau mucopurulentă	Încercări repetate de dregere a glasului. Secreţiile postnazale sunt percepute de pacient sau se vizualizează de medic în faringele posterior. Se asociază cu rinită cronică, cu sau fără sinuzită.
Bronşită cronică[4]	Tuse cronică; spută mucoasă sau purulentă, uneori cu striuri de sânge sau sangvinolentă	Istoric îndelungat de fumător. Infecţii recurente suprapuse. Uneori wheezing şi dispnee.
Bronşiectazie[3]	Tuse cronică; spută purulentă, deseori abundentă şi fetidă; uneori cu striuri de sânge sau sangvinolentă	Frecvente infecţii bronhopulmonare recurente; uneori coexistă cu sinuzita.
Tuberculoză pulmonară[31]	Tuse seacă sau cu spută mucoasă sau purulentă; uneori cu striuri de sânge sau sangvinolentă	În faza incipientă, fără simptome. Ulterior, anorexie, scădere ponderală, oboseală, febră şi transpiraţii nocturne.
Abces pulmonar	Spută purulentă, fetidă; uneori cu sânge	Boală febrilă. Deseori igienă dentară deficitară şi un episod anterior de pierdere a conştienţei.
Astm bronşic[28]	Tuse cu spută mucoasă densă, în special spre finalul crizei	Wheezing episodic şi dispnee, dar tusea poate fi unicul simptom. Deseori istoric de alergie.
Reflux gastroesofagian	Tuse cronică, mai ales noaptea sau dimineaţa devreme	Wheezing, mai ales noaptea (deseori confundat cu astmul bronşic), disfonie matinală şi încercări repetate de dregere a glasului. Istoric de pirozis şi regurgitaţii.
Neoplazii		
Cancer pulmonar	Tuse seacă sau productivă; sputa cu striuri de sânge sau sangvinolentă	De regulă, istoric îndelungat de fumător. Manifestările asociate sunt numeroase.
Afecţiuni cardiovasculare		
Insuficienţă ventriculară stângă sau stenoză mitrală	Tuse seacă, mai ales la efort sau noaptea; poate evolua cu spută spumoasă rozalie în edemul pulmonar sau cu hemoptizie francă	Dispnee, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă
Embolie pulmonară[30]	Tuse seacă sau productivă; uneori de culoare închisă, roşu aprins sau amestecată cu sânge	Dispnee, anxietate, durere toracică, febră; factorii ce predispun la tromboză venoasă profundă.
Particule iritante, substanţe chimice sau gaze	Variabil. Poate exista o perioadă latentă între expunere şi apariţia simptomelor	Expunere la agenţi iritanţi. Pot fi afectaţi ochii, nasul şi faringele.

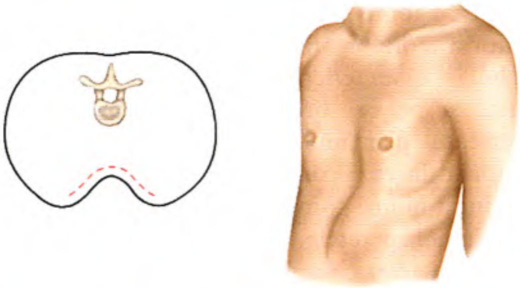
*Caracterele hemoptiziei sunt tipărite cu roşu.

Anomalii ale toracelui



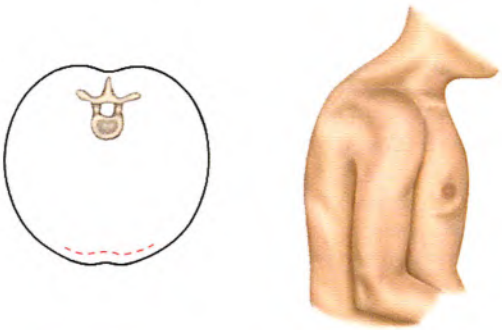
Torace normal

La adultul normal toracele este mai mult larg decât adânc. Diametrul lateral este mai mare decât cel antero-posterior.



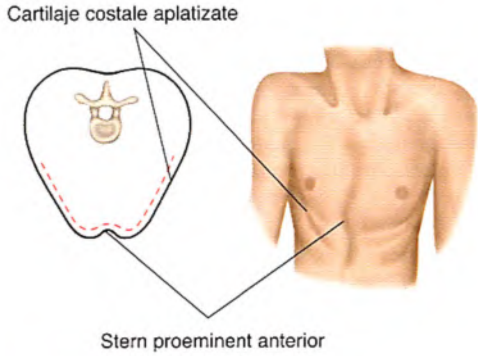
Torace infundibuliform *(pectus excavatum - înfundat, sau torace "de pantofar")*

Observaţi depresiunea din partea inferioară a sternului. Compresia exercitată pe cord şi vasele mari de sânge poate determina apariţia suflurilor.



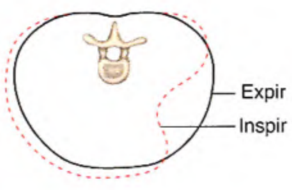
Torace în butoi

Diametrul antero-posterior este crescut. Această formă este normală la sugar, frecventă la vârstnici şi în boala pulmonară obstructivă cronică.



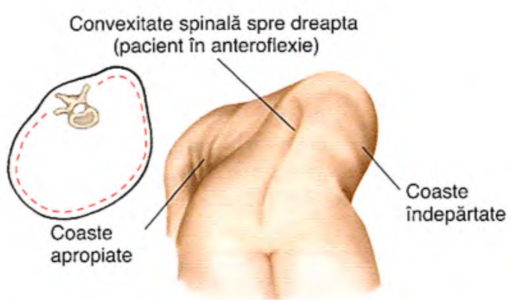
Torace în carenă *(pectus carinatum)*

Sternul este proeminent, mărind diametrul anteroposterior. Cartilajele costale adiacente sternului proeminent sunt aplatizate.



Voletul toracic posttraumatic

Fracturile costale multiple pot duce la mişcări paradoxale ale toracelui. În inspir, pe măsură ce diafragmul coboară şi presiunea intratoracică scade, aria lezată se retractă; în expir aceasta bombează la exterior.



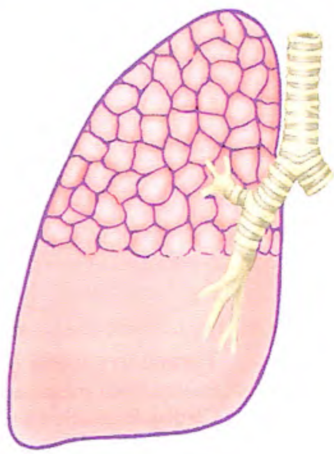
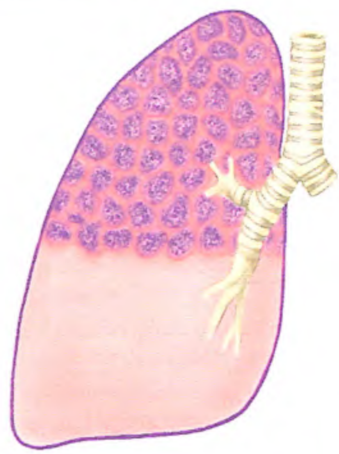
Torace cifo-scoliotic

Deviaţiile de curbură ale coloanei vertebrale şi rotaţia vertebrală deformează toracele. Distorsiunea structurilor subiacente face extrem de dificilă interpretarea topografiei toracopulmonare.

Zgomote respiratorii şi vibraţii vocale normale şi patologice

Originea zgomotelor respiratorii este încă neclară. Conform teoriilor principale, circulaţia turbulentă a aerului în căile aeriene centrale produce zgomotul traheal şi pe cel bronşic. Când aceste zgomote traversează plămânul spre periferie, parenchimul pulmonar filtrează componentele cu frecvenţă înaltă, astfel încât numai componentele slabe şi de frecvenţă joasă ajung la peretele toracic, unde se aud sub forma murmurului vezicular. În mod normal, zgomotele traheal şi bronşic se aud la nivelul traheii şi bronhiilor principale; murmurul vezicular predomină pe toată aria plămânilor.

Când parenchimul pulmonar devine neaerat va transmite mult mai bine zgomotele cu frecvenţă înaltă. Dacă arborele traheobronşic este liber, murmurul vezicular va fi înlocuit de suflu bronşic la nivelul ariilor neaerate ale plămânului. Această modificare este întâlnită în pneumonia lobară când alveolele se umplu cu lichid, hematii şi leucocite – un proces numit *condensare*. Alte cauze includ edemul pulmonar sau hemoragia. Suflul bronşic se corelează, de regulă, cu accentuarea freamătului tactil şi a transmiterii vibraţiilor vocale. Aceste constatări sunt rezumate mai jos.

	Plămân normal aerat	Plămân neaerat, ca în pneumonia lobară
		
Zgomote respiratorii	Predominant vezicular	Bronşic şi bronhovezicular la nivelul ariilor afectate
Transmiterea vibraţiilor vocale	Cuvintele rostite sunt înăbuşite şi neclare	Cuvintele rostite sunt puternice şi clare *(bronhofonie)*
	Pronunţia „ii" se aude „ii" Cuvintele şoptite sunt slabe şi neclare sau nu se aud deloc	Pronunţia „ii" se aude „ei" *(egofonie)* Cuvintele şoptite sunt puternice şi clare *(pectorilocvie afonă)*
Freamătul tactil	Normal	Accentuat

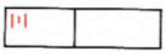
PLANŞA 8-6 Zgomote pulmonare supraadăugate: cauze şi caracteristici[16-19]

Ralurile crepitante

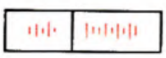
Crepitantele au două explicaţii principale. (1) Apar atunci când căile aeriene mici, colabate în expir, se destind în inspir. Acest mecanism explică probabil existenţa crepitantelor la sfârşitul inspirului în bolile pulmonare interstiţiale şi insuficienţa cardiacă congestivă în stadiu incipient. (2) Crepitantele rezultă şi din circulaţia bulelor de aer prin secreţii sau prin căile aeriene parţial obstruate în timpul respiraţiei. Acest mecanism explică probabil cel puţin unele crepitante aspre.



Crepitantele de la sfârşitul inspirului pot începe în prima jumătate a inspirului, dar trebuie să continue până la sfârşitul acestuia. Sunt de obicei fine, destul de numeroase şi persistă la fiecare respiraţie. Apar iniţial la baza plămânilor, se extind ascendent pe măsură ce boala evoluează şi se deplasează în regiunile declive cu schimbarea poziţiei. Apar în ***boli interstiţiale pulmonare*** (precum fibroza) şi ***insuficienţa cardiacă congestivă în stadiu incipient.***



Crepitantele de la începutul inspirului apar şi dispar imediat în prima parte a inspirului. Sunt de regulă aspre şi relativ puţine ca număr. Se asociază uneori cu crepitante expiratorii. Apar în *bronşita cronică* şi *astmul bronşic.*



*Crepitantele de la mijlocul inspirului **şi din expir*** se aud în ***bronşiectazii***, dar nu sunt specifice pentru acest diagnostic. Se pot asocia cu sibilante şi ronflante.

Sibilante şi ronflante

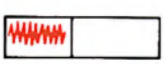


Sibilantele apar când aerul circulă cu viteză prin bronhiile îngustate până aproape de obstrucţie completă. Se aud frecvent la nivelul cavităţii bucale şi prin peretele toracic. Sibilantele transmise prin peretele toracic apar în *astmul bronşic, bronşita cronică, BPOC* şi *insuficienţa cardiacă congestivă* (astm cardiac). În astmul bronşic, sibilantele se pot auzi numai în expir sau în ambele faze ale ciclului respirator. Ronflantele sugerează secreţii în căile aeriene mari. În bronşita cronică, de regulă, sibilantele şi ronflantele dispar după tuse.

Ocazional, în bolile pulmonare obstructive severe, pacientul nu poate forţa expirul prin bronhiile obstruate pentru a produce wheezing. Apare astfel *toracele silenţios*, semn alarmant care necesită intervenţie imediată.

Sibilantele în focar persistente sugerează obstrucţie bronşică parţială de către o tumoră sau un corp străin. Pot fi inspiratorii, expiratorii sau ambele.

Stridor



Un şuierat exclusiv sau predominant inspirator se numeşte *stridor*. Este mai puternic la nivelul gâtului decât la nivelul peretelui toracic. Indică o obstrucţie parţială a laringelui sau traheii şi necesită intervenţie imediată.

Frecătura pleurală





Când foiţele pleurale sunt inflamate şi rugoase, alunecarea lor este încetinită temporar şi repetat prin creşterea frecării. Aceste mişcări produc un zgomot scârţâit cunoscut ca *frecătură pleurală* (sau zgomot pleural de fricţiune).

Frecătura pleurală se aseamănă acustic cu crepitantele, deşi se produce printr-un mecanism patologic diferit. Sunetele pot fi discrete, dar uneori sunt atât de numeroase încât se îmbină într-un sunet aparent continuu. Frecătura este de obicei limitată la o arie restrânsă a peretelui toracic şi se aude tipic, în ambele faze ale respiraţiei. Când foiţele pleurale inflamate sunt separate prin lichid, de obicei frecătura dispare.

Cracmentul mediastinal
(semnul Hamman)

Cracmentul mediastinal reprezintă o serie de crepitaţii precordiale sincrone cu ritmul cardiac şi nu cu respiraţia. Se aude cel mai bine în decubit lateral stâng şi se datorează emfizemului mediastinal (*pneumomediastin*).

PLANŞA 8-7

Examenul fizic în anumite afecţiuni pulmonare

Chenarele roşii din această planşă sugerează un model de studiu pentru examenul clinic. Începeţi cu cele trei chenare din coloana Sunetul la percuţie: sonoritate, matitate şi hipersonoritate. Apoi deplasaţi-vă de la fiecare din acestea la alte chenare ce evidenţiază diferenţele principale dintre anumite afecţiuni. Modificările descrise variază cu gradul de extindere şi severitatea bolii. Anomaliile situate toracic profund produc de obicei mai puţine semne decât cele superficiale, iar uneori pot fi chiar silenţioase. Planşa prezintă aspectele tipice, fără a face diferenţieri absolute.

Afecţiunea	Sunetul la percuţie	Traheea	Zgomote respiratorii	Zgomote supraadăugate	Freamătul tactil şi transmiterea vibraţiilor vocale
Plămân normal Arborele traheobronşic şi alveolele sunt libere; foiţele pleurale fine şi neclivate; dinamica toracelui neafectată.	**Sonor**	Pe linia mediană	Murmur vezicular, cu excepţia zgomotelor bronhovezicular şi bronşic la nivelul bronhiilor mari respectiv al traheii.	Nici unul, cu excepţia câtorva posibile crepitante inspiratorii tranzitorii la baza plămânilor.	Normal
Bronşita cronică Inflamaţia cronică a bronhiilor asociată cu tuse productivă. Poate apărea obstrucţia căilor aeriene.	**Sonor**	Pe linia mediană	Murmur vezicular (normal)	Nici unul; sau *crepitante* aspre difuze la începutul inspirului şi posibil în expir; sau *sibilante* şi *ronflante*	Normal
Insuficienţa cardiacă stângă *(stadiu incipient)* Presiunea crescută din venele pulmonare produce congestie şi edem interstiţial (perialveolar); mucoasa bronşică poate deveni edematoasă.	**Sonor**	Pe linia mediană	Murmur vezicular	*Crepitante la sfârşitul inspirului* în părţile declive ale plămânilor; posibil *sibilante*	Normal
Condensare Alveolele sunt pline cu lichid şi celule sanguine precum în pneumonie, edem pulmonar sau hemoragie pulmonară.	**Mat** la nivelul zonei neaerate	Pe linia mediană	*Bronşic* la nivelul zonei afectate	*Crepitante la sfârşitul inspirului* la nivelul zonei afectate	*Accentuate* la nivelul zonei afectate cu *bronhofonie, egofonie şi pectoriloCvie afonă*
Atelectazie *(obstrucţie lobară)* Când un dop (de mucus sau un obiect străin) aflat în bronhiile principale obstruează fluxul de aer, parenchimul pulmonar neaerat se colabează.	**Mat** la nivelul zonei neaerate	Poate fi *deplasată spre zona afectată*	*De obicei absente,* cât timp obstrucţia bronşică persistă. Cu excepţia atelectaziei de lob drept superior, când zgomotul traheal adiacent se poate transmite	Nici unul	*De obicei absente,* cât timp obstrucţia bronşică persistă. Cu excepţia atelectaziei de lob drept superior, când pot fi accentuate.

(planşa continuă la pagina 321)

Afecţiunea	Sunetul la percuţie	Traheea	Zgomote respiratorii	Zgomote supraadăugate	Freamătul tactil şi transmiterea vibraţiilor vocale
Revărsat pleural Lichidul se acumulează în spaţiul pleural, separă plămânul aerat de peretele toracic, blocând transmiterea sunetului.	**Matitate** sau matitate lemnoasă la nivelul revărsatului	*Deplasată spre partea opusă* în revărsatele masive	*Diminuate sau absente,* dar zgomotele respiratorii bronşice se pot auzi la extremitatea superioară a unui revărsat masiv.	Nici unul, cu excepţia unei *posibile frecături pleurale*	*Diminuate sau absente, dar pot fi accentuate* spre marginea superioară a revărsatului
Pneumotorax Când aerul pătrunde în spaţiul pleural, de obicei unilateral, plămânul se îndepărtează de peretele toracic. Aerul din pleură blochează transmiterea sunetului.	**Hipersonoritate** sau timpanism la nivelul acumulării de aer din pleură	*Deplasată de partea opusă* în pneumotoraxul masiv	*Diminuate sau absente* la nivelul acumulării de aer din pleură	Nici unul, cu excepţia unei *posibile frecături pleurale*	*Diminuate sau absente* la nivelul acumulării de aer din pleură
Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) Afecţiune lent progresivă în care spaţiile aeriene distale se lărgesc, iar plămânii devin hiperinflaţi. Se asociază des cu bronşita cronică.	**Hipersonoritate** difuză	Pe linia mediană	*Diminuate sau absente*	Nici unul sau crepitante, sibilante şi ronflante asociate cu bronşita cronică	*Diminuate*
Astmul broşic Îngustarea difuză a arborelui traheobronşic duce la scăderea variabilă a fluxului aerian. În timpul crizelor, fluxul de aer scade şi mai mult, iar plămânii devin hiperinflaţi.	**Sonor** spre **hipersonor** difuz	Pe linia mediană	*Deseori imperceptibile datorită sibilantelor*	*Sibilante, posibil crepitante*	*Diminuate*

CAPITOLUL 9

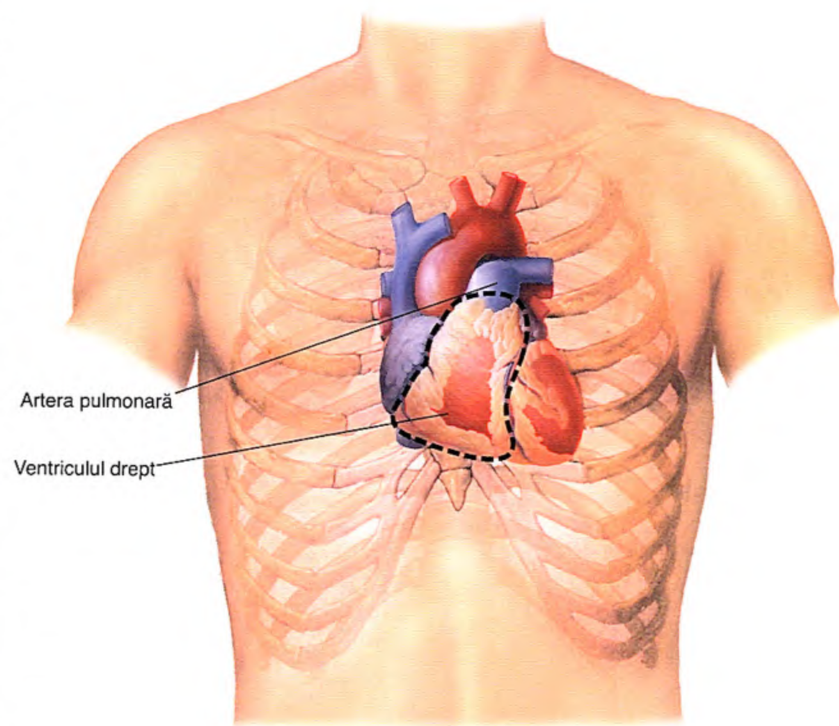
Sistemul cardiovascular

ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

TOPOGRAFIA INIMII ȘI A VASELOR MARI

În ansamblul de tehnici folosit pentru diagnosticul efectuat la patul bolnavului, ascultarea inimii a fost întotdeauna un simbol de referință. Această tehnică este în mod special vulnerabilă în fața tehnologiei avansate și a timpului limitat, care restrâng, pentru viitorii medici, aria posibilităților de a-și dobândi măiestria prin practică și repetiție.[1,2] Se observă o diminuare a abilității medicilor în efectuarea examenului fizic – mult mai amplu documentată în cazul sistemului cardiovascular decât în oricare altă arie de examinare - raportată la toate gradele de pregătire.[3-7] În timp ce veți parcurge acest capitol, veți înțelege că este decisivă combinarea cunoștințelor de anatomie și fiziologie cu practicarea inspecției, palpării, percuției și mai ales a auscultației. Veți descoperi astfel valoarea spectaculoasă a diagnosticului confirmat.

Pentru început, în timp ce inspectați toracele anterior, învățați să proiectați structurile cardiace aflate subiacent. Rețineți că *ventriculul drept* ocupă cea mai mare parte din suprafața cardiacă anterioară. Această cavitate împreună cu artera pulmonară formează, posterior de stern și la stânga acestuia, o structură cuneiformă, conturată în imagine prin linia punctată neagră.

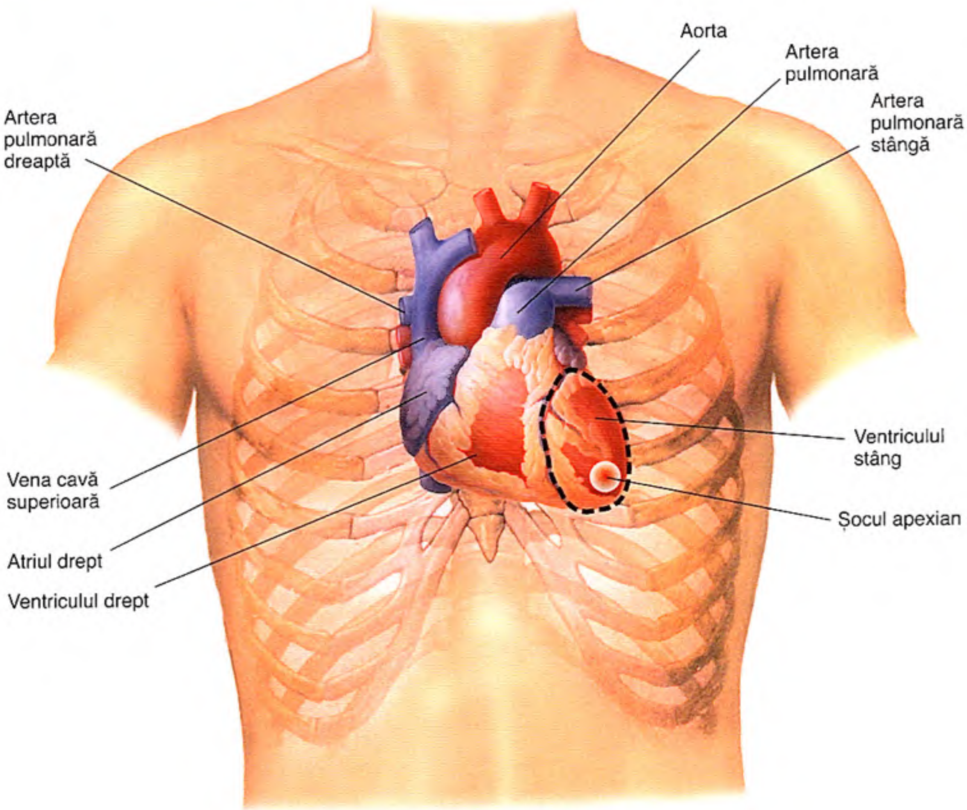


Marginea inferioară a ventriculului drept se situează mai jos de joncțiunea dintre stern și procesul xifoid. Ventriculul drept se îngustează superior și întâlnește artera pulmonară la nivelul sternului sau „*bazei inimii*" - termen clinic care se referă la partea superioară

a inimii, situată la nivelul celui de-al 2-lea spaţiu intercostal drept şi stâng, parasternal.

Ventriculul stâng, aflat posterior şi la stânga ventriculului drept, conturat prin linia punctată neagră în imaginea de mai jos, formează marginea laterală stângă a inimii. Vârful îngustat al acestuia este cunoscut sub numele de *„apex" cardiac*. Este important din punct de vedere clinic deoarece produce şocul apexian, identificat în timpul palpării regiunii precordiale ca *punctul de impuls maxim* sau *PIM*. Acest impuls este localizat pe marginea stângă a inimii şi este identificat la nivelul celui de-al 5-lea spaţiu intercostal, la 7-9 cm lateral de linia mediosternală, de regulă pe linia medioclaviculară stângă sau imediat medial de aceasta. Totuşi, este posibil ca PIM să nu fie perceput uşor la un pacient sănătos cu o inimă normală.

- La pacienţii aflaţi în decubit dorsal, *diametrul PIM* poate fi de dimensiunea unei monede, de aproximativ 1-2,5 cm. Un PIM mai mare de 2,5 cm este specific pentru hipertrofia ventriculară stângă (HVS) sau cardiomegalie.
- În mod asemănător, *deplasarea PIM* lateral de linia medioclaviculară sau la mai mult de 10 cm lateral de linia mediosternală sugerează, de asemenea, HVS sau cardiomegalie.
- Trebuie reţinut că la unii pacienţi şocul apexian cel mai amplu nu se află întotdeauna la nivelul apexului ventriculului stâng. De exemplu, la pacienţii



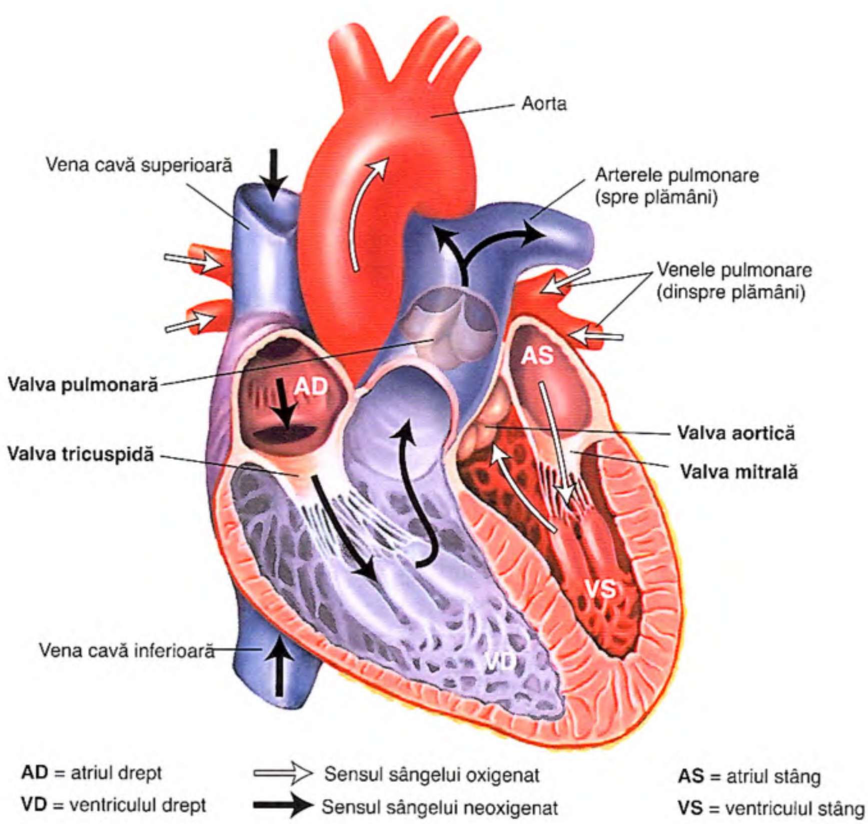
cu boală pulmonară cronică obstructivă, șocul apexian maxim sau PIM se palpează în aria xifoidiană sau în cea epigastrică, datorită *hipertrofiei ventriculare drepte.*

Deasupra inimii sunt situate *vasele mari. Artera pulmonară*, deja menționată, se bifurcă imediat în cele două ramuri ale sale, dreaptă și stângă. *Aorta* se curbează ascendent din ventriculul stâng până la nivelul unghiului sternal, unde se arcuiește posterior spre stânga și apoi descendent. Pe marginea medială a inimii, *venele cave superioară* și *inferioară* transportă sângele venos din regiunile corespunzătoare ale corpului către atriul drept.

CAVITĂȚILE, VALVELE ȘI CIRCULAȚIA CARDIACĂ

Circulația sângelui la nivelul inimii este ilustrată în diagrama de mai jos, unde sunt prezentate cavitățile cardiace, valvele și direcția fluxului sanguin. Datorită poziției lor, *valvele tricuspidă* și *mitrală* sunt numite *valve atrioventriculare. Valvele aortică* și *pulmonară* sunt numite *valve semilunare*, deoarece toate foițele lor valvulare (cuspidele) au forma unei jumătăți de lună. Deși această diagramă ilustrează toate valvele în poziție deschisă, în realitate ele nu se deschid simultan.

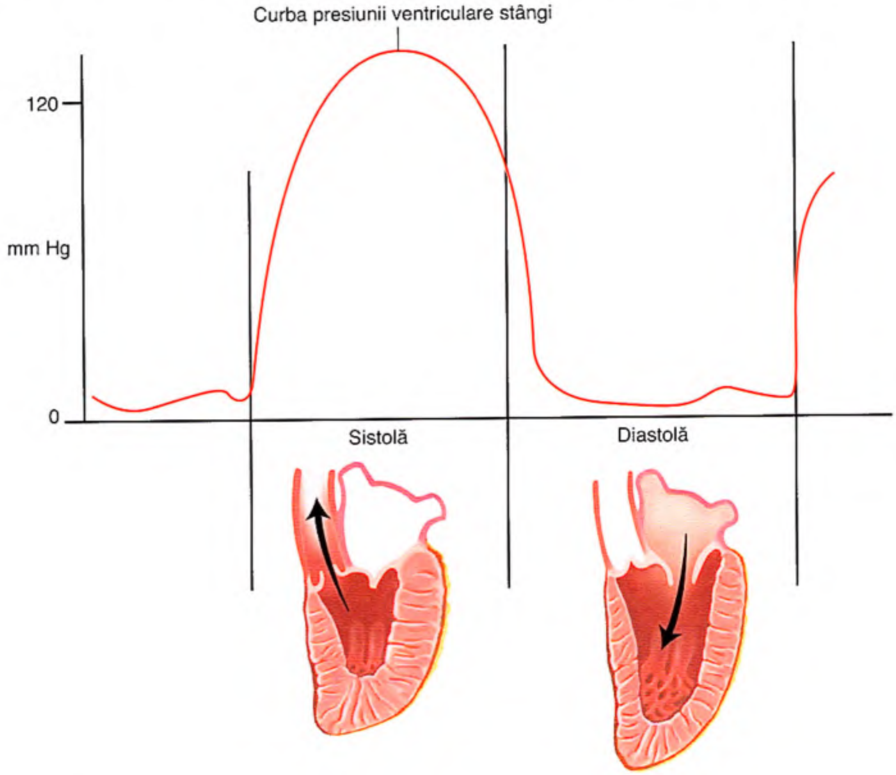
Când valvele se închid, apar zgomotele cardiace produse de vibrațiile emise de către foițele valvulare, structurile cardiace adiacente și fluxul sanguin.



Studiaţi cu atenţie poziţia şi dinamica valvelor în relaţie cu fazele ciclului cardiac. Aceste cunoştinţe vor optimiza acurateţea diagnosticului în timp ce auscultaţi inima.

FAZELE CICLULUI CARDIAC

Inima se comportă ca o pompă ce produce presiuni variabile când cavităţile ei se contractă şi se relaxează. *Sistola reprezintă faza de contracţie ventriculară.* În diagrama de mai jos, presiunea din ventriculul stâng creşte de la mai puţin de 5 mm Hg în status de relaxare, până la un maximum normal de 120 mm Hg. După ce ventriculul evacuează o mare parte din sânge în aortă, presiunea nu mai creşte, apoi începe să scadă. *Diastola reprezintă faza de relaxare ventriculară.* Presiunea ventriculară scade în continuare până la mai puţin de 5 mm Hg, iar sângele trece din atriu spre ventricul. Spre sfârşitul diastolei, presiunea ventriculară creşte uşor odată cu influxul sanguin datorat contracţiei atriale.

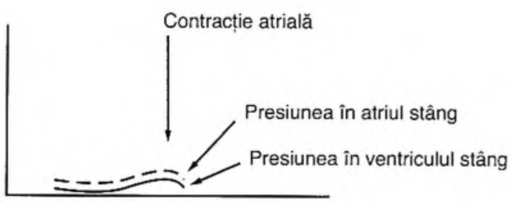


Observaţi că în *sistolă* valva aortică este deschisă, permiţând ejecţia sângelui din ventriculul stâng în aortă. Valva mitrală este închisă, astfel încât sângele nu poate regurgita în atriul stâng. În schimb, în timpul *diastolei*, valva aortică este închisă, împiedicând regurgitarea sângelui din aortă înapoi în ventriculul stâng. Valva mitrală este deschisă, permiţând sângelui să curgă din atriul stâng în ventriculul stâng aflat în stare de relaxare.

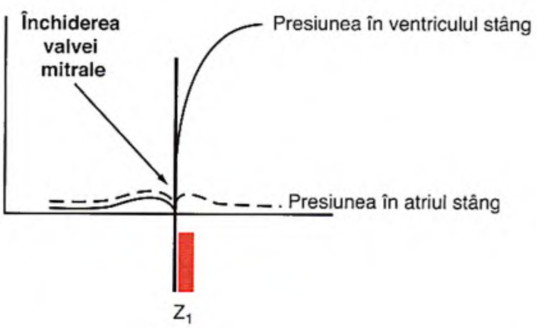
Înţelegerea interrelaţiilor dintre *gradientele de presiune* din aceste trei cavităţi – atriul stâng, ventriculul stâng şi aortă – împreună cu poziţia şi dinamica valvelor este

fundamentală pentru înţelegerea producerii zgomotelor cardiace. Identificaţi aceste modificări de presiune şi zgomotele cardiace în timpul unui ciclu cardiac. În timpul auscultaţiei, primul şi al doilea zgomot cardiac definesc durata *sistolei* şi a *diastolei*. Există o literatură vastă care abordează cauzele exacte ale producerii zgomotelor cardiace. Posibilele explicaţii includ închiderea efectivă a foiţelor valvulare, punerea în tensiune a structurilor asociate, poziţionarea cuspidelor şi gradientele de presiune din timpul sistolei atriale şi ventriculare, şi consecinţele formării coloanelor de sânge. Explicaţiile care urmează sunt simplificate, dar ele deţin utilitate clinică.

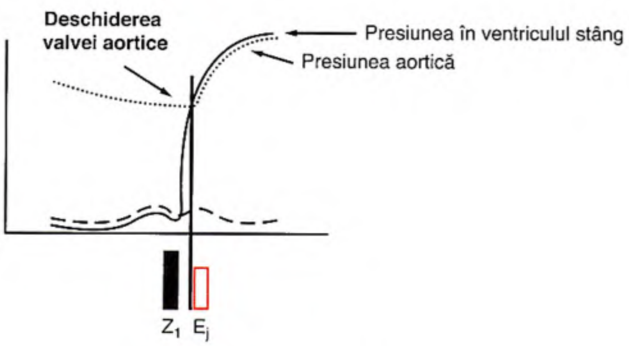
În *diastolă*, presiunea din atriul stâng complet umplut cu sânge depăşeste uşor presiunea din ventriculul stâng relaxat, iar sângele curge din atriul stâng prin valva mitrală deschisă în ventriculul stâng. Cu puţin timp înainte de debutul sistolei ventriculare, contracţia atrială produce o uşoară creştere a presiunii în ambele cavităţi.



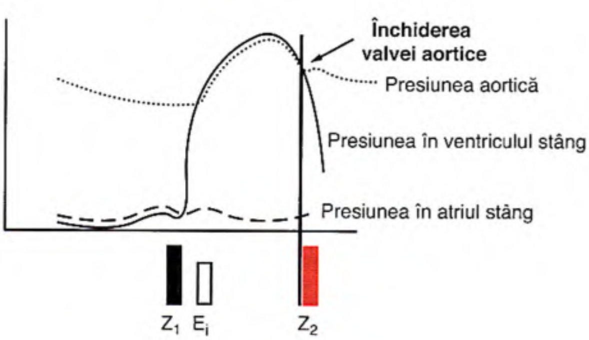
În *sistolă*, ventriculul stâng începe să se contracte, iar presiunea ventriculară creşte rapid, depăşind presiunea din atriul stâng şi închizând valva mitrală. *Închiderea valvei mitrale produce primul zgomot cardiac, Z_1.*



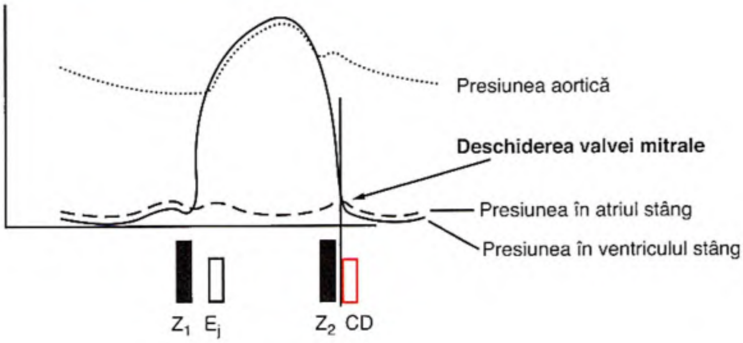
Cum presiunea ventriculară stângă continuă să crească, aceasta va depăşi rapid presiunea din aortă şi va forţa deschiderea valvei aortice. În anumite afecţiuni, deschiderea valvei aortice este acompaniată de un zgomot protosistolic de ejecţie (Ej). *În mod normal, presiunea ventriculară stângă maximă corespunde tensiunii arteriale sistolice.*



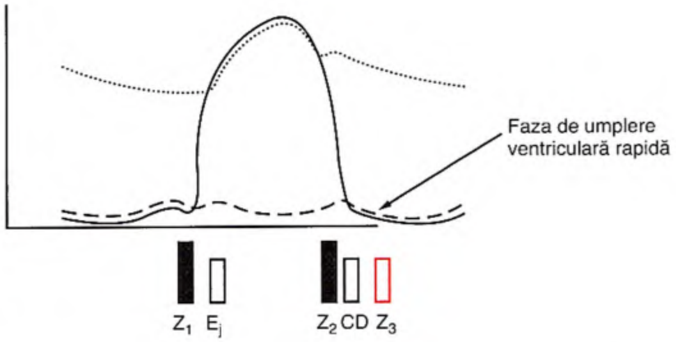
Când ventriculul stâng evacuează cea mai mare parte din volumul sanguin, presiunea ventriculară începe să scadă. Când presiunea ventriculară stângă scade sub nivelul presiunii aortice, valva aortică se închide. *Închiderea valvei aortice produce cel de-al doilea zgomot cardiac, Z_2,* după care urmează o nouă diastolă.



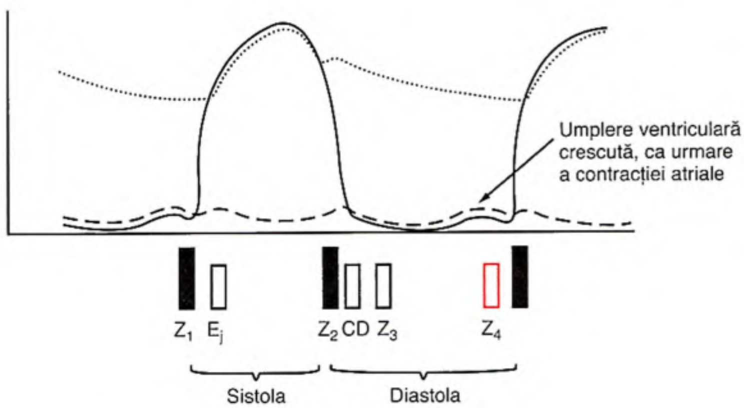
În *diastolă*, presiunea din ventriculul stâng continuă să scadă până sub nivelul presiunii din atriul stâng. Valva mitrală se deschide. Acest eveniment este în mod normal silenţios, dar poate fi perceput în condiţii patologice ca un clacment de deschidere (CD) când dinamica foiţelor valvulare este limitată, de exemplu în stenoza mitrală.



După deschiderea valvei mitrale urmează o fază de umplere ventriculară rapidă, când sângele curge în protodiastolă din atriul stâng în ventriculul stâng. La copii şi adulţii tineri se poate distinge al treilea zgomot cardiac, Z_3 produs prin decelerarea rapidă a coloanei sanguine la nivelul peretelui ventricular. La vârstnici, Z_3 indică de regulă o modificare patologică a complianţei ventriculare, fiind uneori denumit şi „galop Z_3".



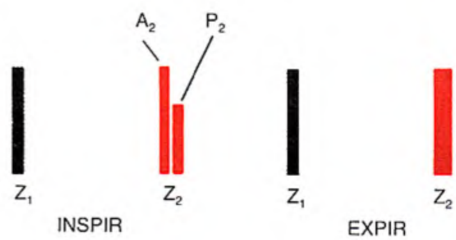
În sfârşit, al patrulea zgomot, Z_4 marchează contracţia atrială, deşi nu se percepe întotdeauna la adultul sănătos. Acesta precede îndeaproape zgomotul Z_1 al bătăii următoare şi reflectă o modificare patologică a complianţei ventriculare.



DEDUBLAREA ZGOMOTELOR CARDIACE

În timp ce în inima stângă au loc toate aceste evenimente, modificări similare se petrec şi în partea dreaptă, implicând atriul drept, ventriculul drept, valva tricuspidă, valva pulmonară şi artera pulmonară. Presiunile din ventriculul drept şi artera pulmonară sunt semnificativ mai joase decât cele corespondente din partea stângă. Mai mult, evenimentele din partea dreaptă survin mai târziu decât cele similare din stânga. De aceea, în loc să auziţi un singur zgomot cardiac, puteţi percepe două componente distincte, primul provenind de la închiderea valvei aortice sau A_2 iar cel de-al doilea de la închiderea valvei pulmonare sau P_2.

Gândiți-vă că al doilea zgomot cardiac Z_2 cu cele două componente ale sale, A_2 și P_2, este determinat în principal de închiderea valvei aortice, respectiv a valvei pulmonare. În inspir, timpul de umplere al inimii drepte este mai lung, ceea ce crește volumul bătaie al ventriculului drept și durata de ejecție a acestuia, comparativ cu ventriculul stâng. Aceasta duce la întârzierea închiderii valvei pulmonare P_2 și implicit la dedublarea Z_2 în două componente perceptibile. În expir, cele două componente fuzionează într-un singur zgomot, Z_2. Deoarece pereții venelor conțin mai puține fibre musculare netede, sistemul venos are o capacitanță mai mare decât sistemul arterial și o presiune sistemică mai joasă. Capacitatea de distensie și impedanța patului vascular pulmonar contribuie la „timpul de relaxare" care întârzie P_2.[8]



Dintre cele două componente ale Z_2, în mod normal A_2 este mai puternică, reflectând presiunea ridicată din aortă. Poate fi auzit pe toată aria precordială. În schimb, P_2 este perceput relativ slab, reflectând presiunea mai joasă din artera pulmonară. Se aude mai bine în aria de proiecție a acesteia – al 2-lea și al 3-lea spațiu intercostal stâng, parasternal. Aceasta este și zona unde trebuie să căutați dedublarea Z_2.

Z_1 are de asemenea două componente, un zgomot precoce mitral și unul tardiv tricuspidian. Componenta principală a acestuia, zgomotul mitral, este mult mai puternică, reflectând aceeași presiune ridicată din inima stângă. Poate fi auzit pe toată aria precordială, cu un maxim de intensitate la nivelul apexului cardiac. Componenta tricuspidiană mai slabă se aude cel mai bine parasternal stâng inferior, acolo unde se poate percepe dedublarea Z_1. Componenta mitrală mai precoce și mai puternică poate masca zgomotul tricuspidian, iar dedublarea nu este întotdeauna detectată. Dedublarea Z_1 nu variază cu respirația.

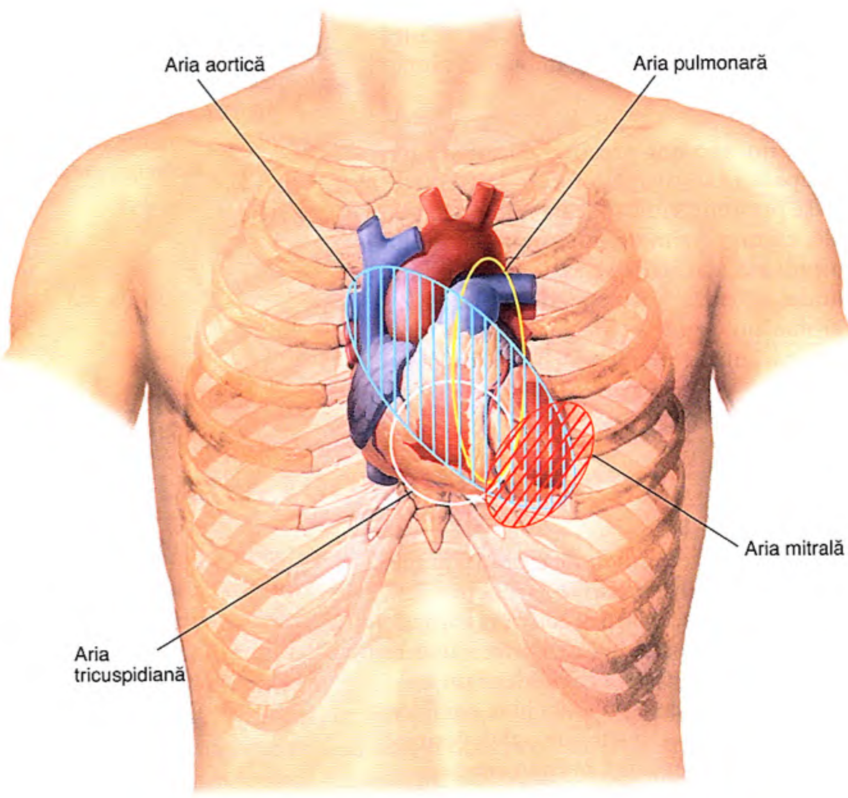
SUFLURILE CARDIACE

Suflurile cardiace se deosebesc de zgomotele cardiace prin durata lor mai lungă. Sunt atribuite turbulenței fluxului sanguin și pot fi „inocente" (funcționale), precum suflurile întâlnite la tineri, sau pot fi diagnostice pentru afecțiuni cardiace valvulare. O *valvă stenozată* prezintă un orificiu valvular îngustat anormal, care obstruează fluxul sanguin, un exemplu fiind *stenoza aortică*, și produce un suflu caracteristic. La fel se întâmplă și în cazul unei valve care nu se închide complet, cum ar fi *în regurgitația* sau *insuficiența aortică*. O astfel de valvă permite sângelui să circule retrograd, producându-se astfel un suflu *de regurgitație*.

Pentru identificarea cu acuratețe a suflurilor, trebuie să vă însușiți proiecția toracică a ariilor de auscultație optimă, momentul situării lor în sistolă sau diastolă și caracterul acestora. În secțiunea Tehnici de examinare veți învăța caracteristicile suflurilor, precum intensitate, frecvență, durată și direcția de iradiere (vezi pag. 364-368).

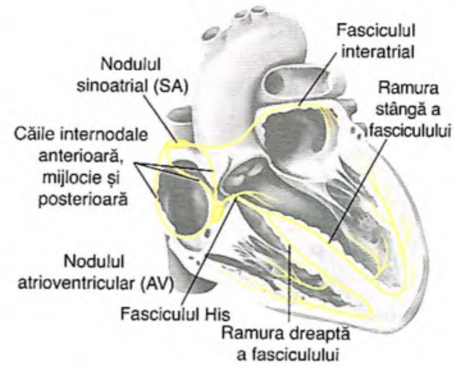
PROIECȚIA SEMNELOR AUSCULTATORII LA NIVELUL PERETELUI TORACIC

Precizarea ariei toracice la nivelul căreia auziți zgomotele și suflurile cardiace ajută la identificarea valvei sau a cavității unde acestea își au originea. Zgomotele și suflurile care se produc la nivelul valvei mitrale se percep cel mai bine la apexul cardiac și în jurul acestuia. Cele care își au originea la nivelul valvei tricuspide se aud cel mai bine în zona parasternală stângă inferioară. Suflurile cu originea la nivelul valvei pulmonare se percep, de regulă, cel mai bine în al 2-lea și al 3-lea spațiu intercostal, parasternal stâng, dar pot fi de asemenea auzite superior sau inferior de acestea. Suflurile care se produc la nivelul valvei aortice se pot auzi oriunde între cel de-al 2-lea spațiu intercostal drept și apex. Așa cum este ilustrat mai jos, *aceste arii se suprapun*, fiind necesară corelarea semnelor auscultatorii cu alte elemente obținute la examenul cardiac, pentru identificarea cu acuratețe a zgomotelor și a suflurilor cardiace.



SISTEMUL EXCITO-CONDUCTOR

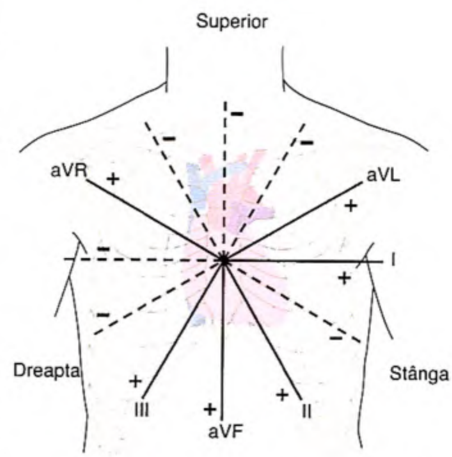
Impulsurile electrice generate de sistemul excito-conductor stimulează şi coordonează contracţia muşchiului cardiac.



Fiecare impuls electric normal este iniţiat de *nodulul sinusal*, un grup de celule cardiace înalt specializate, localizat în atriul drept în apropierea joncţiunii cu vena cavă. Nodulul sinusal acţionează ca un pacemaker cardiac, declanşând în mod automat un impuls de aproximativ 60-100 de ori pe minut. Acest impuls parcurge ambele atrii spre *nodulul atrioventricular*, un grup specializat de celule, localizat în partea inferioară a septului interatrial. Aici impulsul este întârziat înainte de a parcurge descendent fasciculul His şi ramurile acestuia către miocardul ventricular. Contracţia musculară se produce întâi la nivelul atriilor şi apoi la nivelul ventriculilor. Căile normale de conducere sunt ilustrate aici într-o formă simplificată.

Electrocardiograma, sau EKG, înregistrează aceste evenimente. Contracţia musculaturii netede cardiace produce activitate electrică, concretizată într-o serie de unde pe traseul EKG. Reprezentarea grafică a EKG se obţine cu ajutorul a *şase derivaţii ale membrelor* în *plan frontal* şi *şase derivaţii toracice sau precordiale* în *plan transversal.*

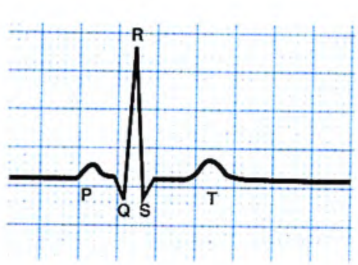
- Vectorii electrici care se deplasează către electrod produc o *deflexiune pozitivă sau ascendentă.*
- Vectorii electrici care se îndepărtează de electrod produc o deflexiune *negativă sau descendentă.*
- Când vectorii pozitiv şi negativ se echilibrează, se numesc *izoelectrici* şi apar sub forma unei linii drepte.

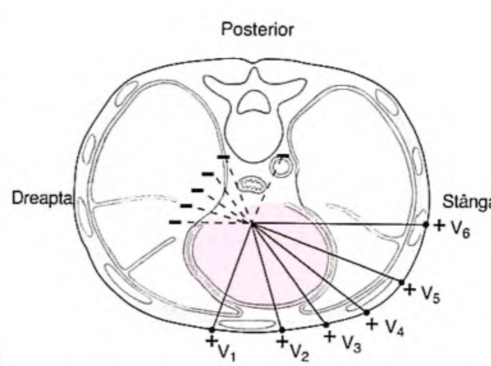


DERIVAŢIILE MEMBRELOR: PLAN FRONTAL

În continuare sunt rezumate componentele unui traseu *EKG normal* şi durata acestora, dar veţi avea nevoie de practică pentru a interpreta înregistrările provenite de la pacienţi. Reţineţi:

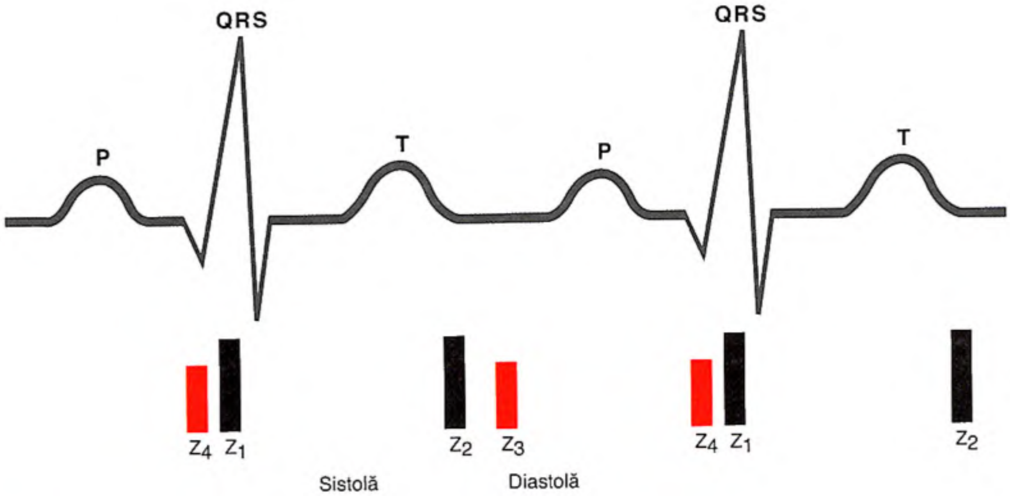
- *Unda P* mică, de depolarizare atrială (durata până la 80 milisecunde; *intervalul PR* 120-200 milisecunde)
- *Complexul QRS* mai mare, de depolarizare ventriculară (până la 100 milisecunde), format din una sau mai multe din următoarele:
  - –*unda Q*, o deflexiune descendentă dată de depolarizarea septală
  - –*unda R*, o deflexiune ascendentă dată de depolarizarea ventriculară
  - –*unda S*, o deflexiune descendentă care urmează undei R
- *Unda T* de repolarizare ventriculară sau de recuperare (durata corelată cu QRS)





DERIVAŢIILE PRECORDIALE: PLAN TRANSVERSAL

Impulsul electric este urmat la scurt timp de contracţia miocardică pe care o stimulează. Relaţia dintre undele de pe electrocardiogramă şi ciclul cardiac este evidenţiată mai jos.



POMPA CARDIACĂ

Ventriculii stâng şi drept pompează sângele în circulaţia arterială sistemică, respectiv pulmonară. *Debitul cardiac*, respectiv volumul de sânge evacuat din fiecare ventricul timp de 1 minut, reprezintă produsul dintre *frecvenţa cardiacă* şi *volumul bătaie*. Volumul bătaie (volumul de sânge ejectat la fiecare ciclu cardiac) depinde de presarcină, contractilitatea miocardică şi postsarcină.

- *Presarcina* se referă la forţa necesară distensiei muşchiului cardiac înainte de începutul contracţiei. Deci, volumul de sânge aflat în ventriculul drept la sfârşitul diastolei reprezintă presarcina acestuia pentru următoarea bătaie. Presarcina ventriculului drept creşte odată cu creşterea întoarcerii venoase la inima dreaptă. Cauzele fiziologice sunt inspirul şi creşterea volumului sanguin în condiţii de efort fizic. Volumul crescut de sânge dintr-un ventricul drept dilatat în cadrul insuficienţei cardiace congestive va creşte de asemenea presarcina. Cauzele scăderii presarcinii ventriculului drept sunt expirul, debitul scăzut al ventriculului stâng şi stagnarea sângelui în patul capilar sau în sistemul venos.

- *Contractilitatea miocardică* se referă la capacitatea muşchiului cardiac de a se scurta când i se aplică un impuls. Contractilitatea creşte prin stimulare simpatică şi scade atunci când fluxul sanguin sau aportul de oxigen al miocardului este afectat.

- *Postsarcina* se referă la gradul rezistenţei vasculare care se opune contracţiei ventriculare. Rezistenţa la contracţia ventriculului stâng depinde de tonusul pereţilor aortei, ai arterelor mari şi ai arborelui vascular periferic (în special ai arterelor mici şi arteriolelor), precum şi de volumul de sânge aflat deja în aortă.

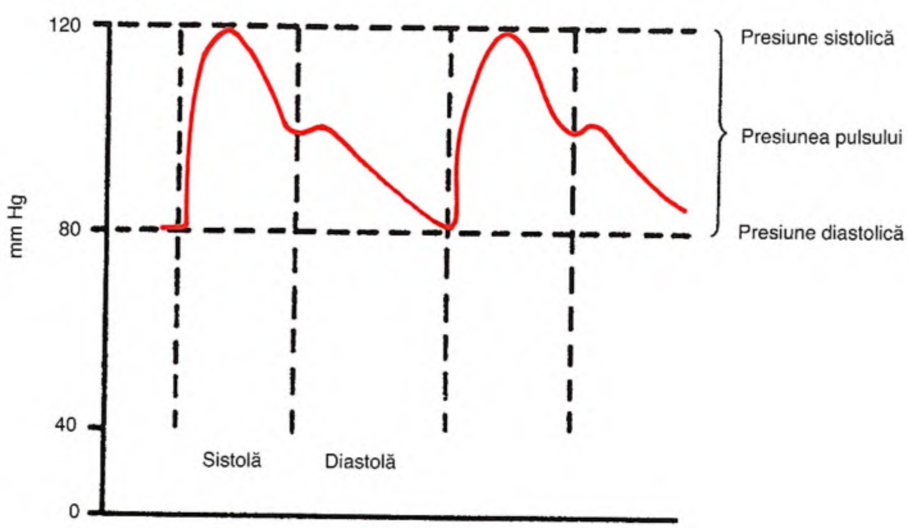
Creşterile patologice ale presarcinii şi postsarcinii, denumite şi *supraîncărcare de volum*, respectiv *supraîncărcare de presiune*, produc modificări ale funcţiei ventriculare care pot fi identificate clinic. Aceste modificări se referă la afectarea impulsului ventricular, detectabil prin palpare, şi a zgomotelor cardiace normale. Pot apărea de asemenea zgomote şi sufluri cardiace patologice.

Termenul de *insuficienţă cardiacă* este preferat în prezent în locul celui de „insuficienţă cardiacă congestivă" deoarece nu toţi pacienţii au supraîncărcare de volum la prima prezentare.[9]

PULSUL ARTERIAL ŞI PRESIUNEA ARTERIALĂ

Ventriculul stâng evacuează cu fiecare contracţie un volum de sânge în aortă şi în circulaţia arterială. Unda de presiune care urmează ejecţiei se transmite rapid prin sistemul arterial, la nivelul căruia este percepută ca *puls arterial.* Deşi unda de presiune are viteză mare – uneori este mai rapidă decât sângele însuşi – întârzierea palpabilă între contracţia ventriculară şi pulsul periferic face ca detectarea pulsului la nivelul extremităţilor să nu concorde cu evenimentele ciclului cardiac.

Presiunea arterială variază în timpul ciclului cardiac, atingând un maximum în sistolă şi un minim în diastolă. Aceste valori sunt măsurate cu ajutorul manşetei tensiometrului sau sfigmomanometrului. Diferenţa dintre presiunea sistolică şi cea diastolică este cunoscută sub denumirea de *presiunea pulsului* (presiune diferenţială).



FACTORII CARE INFLUENŢEAZĂ PRESIUNEA ARTERIALĂ

- Volumul bătaie al ventriculului stâng
- Distensia aortei şi a arterelor mari
- Rezistenţa vasculară periferică, mai ales la nivelul arteriolelor
- Volumul de sânge din sistemul arterial

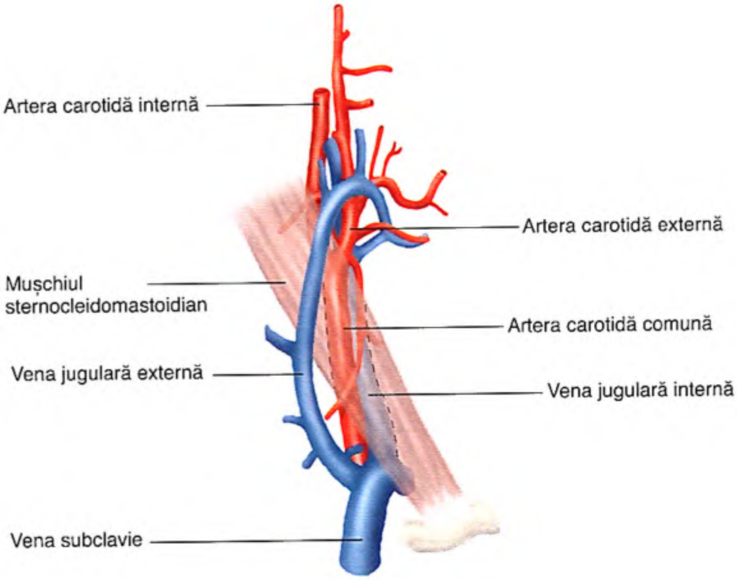
Afectarea oricăruia dintre cei patru factori duce la modificarea presiunii sistolice, a presiunii diastolice sau a ambelor. Nivelul presiunii arteriale fluctuează marcant în 24 de ore, în funcţie de activitatea fizică; statusul emoţional; durere; zgomot; temperatura ambiantă; consumul de cafea, tutun şi medicamente; şi chiar în funcţie de momentul zilei.

PRESIUNEA VENOASĂ JUGULARĂ (PVJ)

Venele jugulare oferă clinicianului perspicace indicii clinice importante legate de presiunile din inima dreaptă şi de funcţia cardiacă. *Presiunea venoasă jugulară (PVJ)* reflectă presiunea din atriul drept, care la rândul ei echivalează cu *presiunea venoasă centrală (PVC)* şi cu presiunea telediastolică a ventriculului drept. PVJ se estimează cel mai bine la nivelul *venei jugulare interne drepte*, care are un traiect anatomic mai scurt spre atriul drept. Contrar multor opinii, un studiu recent a reconfirmat *inspecţia venei jugulare externe drepte* ca fiind o metodă utilă şi precisă pentru estimarea PVC.[10-12]

Variaţiile de presiune datorate umplerii, contracţiei şi golirii atriului drept produc fluctuaţii ale PVJ şi ale undelor formate care pot fi vizualizate de examinator. Observarea atentă a acestor fluctuaţii oferă de asemenea indicii despre volumul existent, funcţia ventriculilor, permeabilitatea valvelor tricuspidă şi pulmonară, presiunea exercitată de pericard şi aritmii, precum ritmurile joncţionale şi blocurile atrioventriculare. Spre exemplu, PVJ este scăzută în hemoragii şi crescută în insuficienţa cardiacă dreaptă sau stângă, hipertensiunea pulmonară, stenoza tricuspidiană şi în constricţia pericardică sau tamponadă.

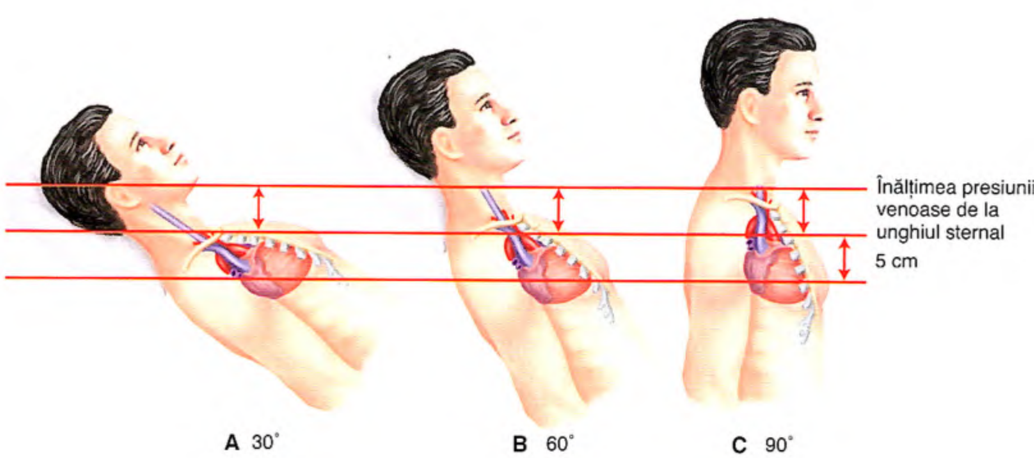
Venele jugulare interne se situează profund de muşchiului sternocleido-mastoidian al gâtului şi nu pot fi vizibile direct, astfel încât medicul trebuie să înveţe să identifice *pulsaţiile venei jugulare interne* sau *venei jugulare externe* care se transmit la suprafaţa gâtului, asigurându-se că nu confundă pulsaţiile venoase cu cele ale arterei carotide.



Pentru a estima nivelul PVJ, veţi învăţa să descoperiţi *punctul cel mai înalt de oscilaţie al venei jugulare interne* sau, dacă este necesar, punctul deasupra căruia vena jugulară externă apare colabată. PVJ se măsoară de regulă pe o linie verticală deasupra *unghiului sternal*, creasta osoasă adiacentă coastei a doua, acolo unde manubriul se uneşte cu corpul sternului.

Studiaţi cu atenţie ilustraţiile de mai jos. Observaţi că indiferent de poziţia pacientului, unghiul sternal rămâne la aproximativ 5 cm deasupra atriului drept. Însă, la acest pacient presiunea din vena jugulară internă este relativ ridicată.

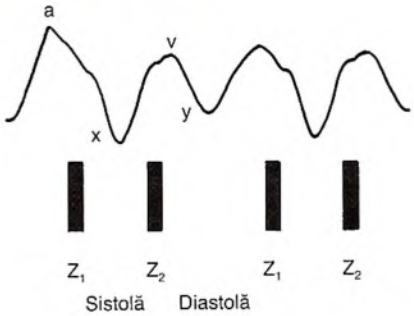
- În *poziţia* A, capul patului este ridicat la nivelul obişnuit, de aproximativ 30°, dar PVJ nu poate fi măsurată deoarece meniscul sau nivelul de oscilaţie se situează deasupra mandibulei, astfel încât nu este vizibil.
- În *poziţia* B, capul patului este ridicat la 60°. Limita superioară a venei jugulare interne este acum vizibilă clar, astfel încât distanţa verticală de la unghiul sternal sau de la atriul drept poate fi măsurată.
- În *poziţia* C, pacientul este în ortostatism, iar venele se disting greu deasupra claviculei, ceea ce face măsurătorile imposibile.



Se observă că înălţimea presiunii venoase măsurată de la unghiul sternal este *aceeaşi* în toate cele trei poziţii, dar abilitatea de *a măsura* înălţimea coloanei de sânge venos, sau PVJ, va depinde de modul în care poziţionaţi pacientul. Presiunea venoasă jugulară măsurată la mai mult de 4 cm deasupra unghiului sternal sau la mai mult de 9 cm deasupra atriului drept este considerată ridicată sau anormală. Tehnicile de măsurare a PVJ sunt descrise complet în Tehnici de examinare la pag. 349-357.

PULSAŢIILE VENOASE JUGULARE

Oscilaţiile pe care le vedeţi la nivelul venelor jugulare interne, şi deseori şi al celor externe, reflectă modificările de presiune din atriul drept. La o inspecţie atentă se observă că pulsaţiile ondulante ale venelor jugulare interne, şi uneori ale celor externe, sunt compuse din două vârfuri şi două depresiuni.



Primul vârf, *unda a* pozitivă presistolică, reflectă creşterea uşoară a presiunii atriale care însoţeşte contracţia atrială. Are loc imediat înainte de Z_1 şi de pulsul carotidian. Următoarea depresiune, *unda x* negativă, începe odată cu relaxarea atrială. Aceasta continuă şi în timp ce ventriculul drept, contractându-se în sistolă, trage în jos planşeul atriului. În timpul sistolei ventriculare, sângele continuă să curgă din venele cave în atriul drept. Valva tricuspidă este închisă, cavitatea începe să se umple, iar presiunea atrială dreaptă începe să crească din nou, formând un al doilea vârf, *unda v* pozitivă. Când valva tricuspidă se deschide la începutul diastolei, sângele din atriul drept se scurge pasiv în ventriculul drept, iar presiunea din atriul drept va scădea din nou, formând a doua depresiune sau *unda y* negativă. Pentru a reţine aceste patru oscilaţii într-un mod simplificat, gândiţi-vă la următoarea secvenţă: contracţie atrială, relaxare atrială, umplere atrială şi golire atrială. (Puteţi să asociaţi unda *a* cu contracţia atrială şi unda *v* cu umplerea venoasă).

La inspecţia cu ochiul liber, doar cele două depresiuni sunt cu adevărat evidente la pulsul jugular normal. Dintre cele două, colapsul brusc al undei *x* la sfârşitul sistolei este mai bine perceput, fiind situat chiar înainte de Z_2. Unda *y* urmează Z_2 în protodiastolă.

ASPECTE ÎN FUNCŢIE DE VÂRSTĂ

Vârsta înaintată modifică localizarea şocului apexian, tonalitatea zgomotelor şi a suflurilor cardiace, rigiditatea arterelor şi presiunea arterială. De exemplu, *şocul apexian* se percepe cu uşurinţă la copii şi adulţii tineri; pe măsură ce toracele îşi măreşte diametrul antero-posterior, şocul apexian devine mai greu de localizat. Din acelaşi motiv, *dedublarea* Z_2 se aude mai greu la persoanele vârstnice, deoarece componenta pulmonară devine mai slab perceptibilă. Mai mult, la un moment dat în timpul vieţii, aproape toată lumea va avea un suflu cardiac. Majoritatea suflurilor apar fără corelaţie cu o modificare patologică cardiovasculară, şi de aceea sunt considerate variante fiziologice. Aceste sufluri variază cu vârsta şi familiarizarea cu pattern-ul lor vă ajută să distingeţi situaţiile normale de cele patologice. Consultaţi pag. 780-782, Capitolul 18, Evaluarea pacientului pediatric: din perioada de sugar la cea de adolescenţă, şi pag. 884, Capitolul 19, Pacienta gravidă, pentru informaţii legate de diferenţierea acestor sufluri inocente.

Suflurile îşi pot avea originea atât la nivelul vaselor mari de sânge cât şi la nivelul inimii. *Suflul venos jugular*, care este frecvent la copii, poate fi perceput şi la adultul tânăr (vezi pag. 823). Un alt exemplu mai important este *suflul sistolic* sau *murmurul cervical*, care poate fi inocent la copii, dar ridică suspiciunea de obstrucţie arterială la adulţi.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Durere toracică
- Palpitaţii
- Respiraţie dificilă: dispnee, ortopnee sau dispnee paroxistică nocturnă
- Retenţie lichidiană sau edeme

Evaluarea simptomelor cardiace – aspecte generale şi raportarea la nivelul bazal de activitate. Această secţiune abordează simptomele toracice din punct de vedere al afectării cardiace, descriind durerea toracică, palpitaţiile, respiraţia dificilă din ortopnee sau dispnee paroxistică (DPN) şi retenţia lichidiană periferică din edeme. Când vă confruntaţi cu simptome toracice, treceţi în revistă întreaga gamă de etiologii cardiace, pulmonare şi extratoracice. Recitiţi secţiunea Anamneza din Capitolul 8, Toracele şi plămânii, la pag. 290-292, Planşa 8-1, Durerea toracică, la pag. 312-313 şi Planşa 8-2, Dispneea, la pag. 314-315. Reţineţi cauzele diverse de *durere toracică, dispnee, tuse* şi chiar *hemoptizie*, deoarece aceste simptome pot fi atât de origine pulmonară cât şi de origine cardiacă.

Când evaluaţi simptomele cardiace este important să *cuantificaţi nivelul bazal obişnuit de activitate al pacientului*. De exemplu, la pacientul cu durere toracică, durerea apare la urcatul scărilor? Câte trepte? Dar în timpul mersului – după 150 m, după un cvartal sau mai mult? Dar când duce plasa de cumpărături sau face menaj (ex. când face patul, sau foloseşte aspiratorul)? Cum reuşeşte să facă aceste activităţi comparativ cu ceva timp în urmă? Când au apărut simptomele sau când s-au modificat? Dacă pacientul prezintă respiraţie dificilă, aceasta a apărut în repaus, la efort sau după urcatul scărilor? Respiraţia dificilă apărută brusc la un sportiv este mult mai alarmantă decât la o persoană care obişnuieşte să se plimbe doar dintr-o cameră în alta. Cuantificarea nivelului bazal de activitate ajută atât la stabilirea severităţii simptomelor pacientului, cât şi a semnificaţiei acestora, pentru ca medicul să decidă modalitatea de abordare a cazului.

Durerea toracică. *Durerea toracică* este cel mai important şi mai serios simptom pe care îl veţi evalua ca medic, fiind cea de-a doua cauză principală de prezentare în departamentul de urgenţă, după durerea abdominală. Durerea toracică semnalează deseori *boala coronariană*, care în prezent afectează 15 milioane de persoane în SUA.[13] Aproximativ 9 milioane dintre aceştia prezintă *angină pectorală* şi 8 milioane au avut *infarct miocardic*. Boala coronariană este

Durerea tipică de efort, presiunea sau disconfortul din torace, umăr, spate, gât sau braţ din *angina pectorală*, întâlnite la 50% din pacienţii cu infarct miocardic acut; sunt frecvente şi descrierile atipice,

cauza principală de deces atât la bărbaţi, cât şi la femei, şi a fost responsabilă de unul din cinci decese în SUA în 2004. Rata mortalităţii este mai mare la populaţia afro-americană, comparativ cu alte grupuri etnice.

precum senzaţie de strângere, apăsare, înţepătură; rareori durere mandibulară sau dentară.[17,18] Incidenţa anuală a *anginei de efort* este de 1 la 1000 în populaţia de peste 30 ani.

În timp ce stabiliţi istoricul pacientului, gândiţi-vă întotdeauna la afecţiunile grave, precum *angina pectorală*, *infarctul miocardic* sau chiar *anevrismul disecant de aortă*.[14-16] Învăţaţi să deosebiţi pacientul cu boală cardiovasculară gravă de cei cu alte posibile etiologii precum afectarea pericardului, a traheii şi a bronhiilor, a pleurei parietale, esofagului şi peretelui toracic, dar şi a structurilor extratoracice precum gâtul, stomacul şi vezica biliară. Cazurile cu afectare severă, în care pacientul prezentat la camera de gardă este externat, de cele mai multe ori din cauza interpretării greşite a EKG, pot conduce la o rată a mortalităţii de 25%.[14,15]

Sindromul coronarian acut este termenul frecvent folosit pentru sindroamele clinice cauzate de ischemia miocardică acută, şi include *angina instabilă, infarctul miocardic fără supradenivelare ST* şi *infarctul cu supradenivelare ST*.[19,20]

Întrebările iniţiale trebuie să fie generale: „Simţiţi durere sau disconfort în piept?" Cereţi pacientului să arate cu mâna unde îl doare şi să descrie toate cele şapte caractere ale durerii. După ce îi ascultaţi atent descrierea, treceţi la întrebări specifice precum „Durerea are legătură cu efortul fizic?" şi „Ce fel de activităţi declanşează durerea?" Ca şi „Pe o scală de la 1 la 10, ce intensitate are durerea?"... „Iradiază la nivelul gâtului, umărului, spatelui sau pe braţ în jos?"... „Se adaugă şi alte simptome precum respiraţie dificilă, transpiraţii, palpitaţii sau greaţă?"... „Durerea vă trezeşte vreodată noaptea?"... „Ce faceţi ca să vă simţiţi mai bine?"

Durerea toracică anterioară, deseori violentă, sfâşietoare, cu iradiere posterioară sau la nivelul gâtului, apare în *disecţia aortică acută*.[21]

Palpitaţiile. *Palpitaţiile* reflectă o percepţie neplăcută a bătăilor inimii. Când descriu palpitaţiile, pacienţii folosesc termeni precum fâlfâit sau tropot, bătăi săltăreţe ca la curse, sau oprirea inimii. Palpitaţiile sunt cauzate de un ritm cardiac neregulat, de accelerarea sau decelerarea rapidă a inimii, sau de creşterea forţei de contracţie cardiacă. Astfel de percepţii depind însă şi de felul în care pacienţii îşi conştientizează propriile senzaţii. Palpitaţiile nu reprezintă neapărat afectare cardiacă. În schimb, cele mai grave aritmii, cum este şi tahicardia ventriculară, de regulă nu produc palpitaţii.

Vezi Planşele 9-1 şi 9-2 pentru frecvenţe şi ritmuri cardiace caracteristice (pag. 375-376).

Simptomele şi semnele de activitate cardiacă neregulată justifică efectuarea EKG. Numai *fibrilaţia atrială,* care este „dezordonat neregulată," poate fi cu certitudine identificată la patul bolnavului.

Puteţi întreba direct despre existenţa palpitaţiilor, dar dacă pacientul nu înţelege întrebarea, reformulaţi. „Vă simţiţi vreodată bătăile inimii? Cum anume?" Cereţi pacientului să bată ritmul cu mâna sau cu degetul. A fost rapid sau lent? Regulat sau neregulat? Cât a durat? Dacă a fost un episod de bătăi rapide, au început şi s-au terminat brusc sau progresiv? (Pentru acest grup de simptome este indicată electrocardiograma).

Unii pacienţi pot fi învăţaţi să efectueze măsurători seriate ale frecvenţei pulsului în cazul în care astfel de episoade se repetă.

Din istoric reţinem indicii precum salturi şi flip-flop-uri tranzitorii (posibile contracţii premature); ritm regulat rapid cu debut şi final brusc (posibil tahicardie paroxistică supraventriculară); ritm regulat rapid mai mic de 120 bătăi pe minut, mai ales dacă începe şi se termină progresiv (posibil tahicardie sinusală).

Respiraţia dificilă. *Respiraţia dificilă* este o îngrijorare frecventă a pacientului şi poate avea mai multe forme: *dispnee, ortopnee,* sau *dispnee paroxistică nocturnă. Dispneea* este conştientizarea incomodă a respiraţiei, resimţită ca insuficientă pentru un anumit nivel de efort. Această acuză este

Dispneea instalată brusc sugerează *embolie pulmonară, pneumotorax spontan,* anxietate.

frecventă la pacienţii cu afecţiuni pulmonare sau cardiace, aşa cum s-a discutat şi în Capitolul 8, Toracele şi plămânii, pag. 291.

Ortopneea este dispneea care apare în decubit şi se ameliorează când pacientul stă ridicat. Clasic, se cuantifică după numărul de perne folosit de pacient când doarme, sau prin faptul că pacientul preferă să doarmă ridicat, în poziţie semi-şezândă. Asiguraţi-vă totuşi că pacientul foloseşte mai multe perne din cauza respiraţiei dificile şi nu din alte motive.

Ortopnee în *insuficienţa ventriculară stângă* sau *stenoza mitrală;* dar şi în *boala pulmonară obstructivă*

Dispneea paroxistică nocturnă sau *DPN* constă în episoade de dispnee şi ortopnee instalate brusc, care trezesc pacientul din somn, de regulă la 1-2 ore după ce a adormit, determinându-l să se ridice, să stea în picioare, sau să deschidă fereastra pentru aer. Se poate asocia cu wheezing sau tuse. De obicei episodul se remite, dar reapare aproape la aceeaşi oră în nopţile următoare.

DPN în *insuficienţa ventriculară stângă* sau *stenoza mitrală;* poate fi confundată cu *crizele astmatice nocturne.*

Edemul. *Edemul* se referă la acumularea unui exces de lichid în spaţiul interstiţial extravascular. Ţesutul interstiţial poate absorbi câţiva litri de lichid, compensând până la 10% din surplusul de greutate înainte ca edemul să devină vizibil.[22] Cauzele de apariţie variază şi pot fi locale sau sistemice. Concentraţi-vă întrebările pe localizarea, ritmul şi condiţiile de apariţie a retenţiei lichidiene şi pe simptomele asociate. „Aţi simţit că v-aţi umflat? Unde?... Şi în alte locuri? Când s-a întâmplat? Se agravează dimineaţa sau noaptea? Au început să vă strângă pantofii?"

Edemele declive apar în părţile inferioare ale corpului: picioare şi gambe în poziţie şezândă, sau zona sacrală la pacienţii imobilizaţi. Cauzele pot fi cardiace (*insuficienţă cardiacă congestivă*), nutriţionale (*hipoalbuminemie*), sau posturale.

Continuaţi cu „S-au înţepenit inelele pe degete? Pleoapele sunt pufoase şi umflate dimineaţa? Aţi simţit nevoia să lărgiţi cureaua?" Ca şi „Vi se pare că vă strâng hainele în talie?" Cereţi pacienţilor cu retenţie de fluide să-şi monitorizeze greutatea în fiecare dimineaţă, deoarece edemul poate să nu fie vizibil înainte să se acumuleze câţiva litri de lichid.

Edemele apar şi în afecţiunile renale şi hepatice: edeme pufoase periorbitale în *sindromul nefrotic;* îngroşarea taliei în *ascită* şi *insuficienţă hepatică.*

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Screening-ul pentru hipertensiunea arterială
- Screening-ul pentru boala coronariană şi accidentul vascular cerebral (AVC)
- Screening-ul pentru dislipidemie
- Promovarea schimbării stilului de viaţă şi reducerea factorilor de risc

Bolile cardiovasculare afectează 80 milioane de americani adulţi şi cuprind hipertensiunea arterială, boala coronariană, insuficienţa cardiacă, AVC şi malformaţiile cardiovasculare congenitale. Acestea rămân principala cauză de deces atât la bărbaţi cât şi la femei, reprezentând aproximativ o treime din

totalitatea deceselor din SUA.[13] Atât *profilaxia primară*, la pacienţii fără semne de afectare cardiovasculară, cât şi *profilaxia secundară*, la pacienţii cu istoric de evenimente cardiovasculare precum angină sau infarct miocardic, rămân priorităţi importante pentru instituţiile de sănătate publică. Educaţia medicală şi consilierea pacienţilor contribuie la menţinerea unui nivel optim al tensiunii arteriale, colesterolului, greutăţii corporale, efectuarea exerciţiilor fizice şi reducerea factorilor de risc pentru boli cardiovasculare şi AVC. Atribuţiile pe care le aveţi ca viitori medici sunt îndreptate în trei direcţii:

- Înţelegerea datelor demografice importante despre incidenţa bolilor cardiovasculare şi AVC în populaţia generală
- Identificarea factorilor de risc asociaţi
- Colaborarea cu pacientul în vederea reducerii sau controlului factorilor de risc

Informaţia prezentată aici vă ajută să vă îmbunătăţiţi eficienţa în evaluarea pacientului cu afectare cardiovasculară şi în reducerea factorilor de risc primari şi secundari.

Screening-ul pentru hipertensiunea arterială. Potrivit U.S. Preventive Services Task Force, hipertensiunea arterială este responsabilă de „35% din totalitatea cazurilor de infarct miocardic şi AVC, 49% din totalitatea episoadelor de insuficienţă cardiacă şi 24% din totalitatea deceselor premature."[23] The Task Force recomandă *screening-ul tuturor persoanelor peste 18 ani pentru hipertensiune arterială*. Studii recente pe termen lung în eşantioane mari de populaţie au contribuit la o schimbare dramatică a strategiilor naţionale pentru prevenirea şi reducerea tensiunii arteriale (TA). Raportul „The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure," cunoscut ca JNC 7, Programul Naţional de Educaţie privind Hipertensiunea şi cercetătorii clinici au stabilit câteva constatări de bază (vezi caseta de la pag. 341).[24-26] Aceste constatări susţin cea mai concretă şi mai simplă clasificare a tensiunii arteriale din JNC 7, reconfirmată în 2007 (vezi chenarul de mai jos).[27]

JNC 7: PRINCIPII DE BAZĂ ÎN EVALUAREA TENSIUNII ARTERIALE [24]

- În prezent se definesc patru stadii de tensiune arterială. **Normalul** este definit prin valori mai mici de 120/80 mm Hg.
- Tensiunea arterială sistolică de 120-139 mm Hg, tensiunea arterială diastolică de 80-89 mm Hg, sau ambele, definesc **pre-hipertensiunea** (cunoscută anterior ca „normal-înalt") şi necesită schimbarea stilului de viaţă.
- **Stadiul 1 de hipertensiune**, definit prin TA sistolică 140-159 mm Hg, TA diastolică 90-99 mm Hg, sau ambele, necesită iniţierea tratamentului antihipertensiv.
- Nivelul ţintă al tensiunii arteriale pentru pacienţii cu diabet zaharat sau boală renală cronică trebuie să fie mai mic de 130/80 mm Hg.
- Adoptarea unui stil de viaţă sănătos de către toate persoanele este considerată în prezent un obiectiv „imperios".

Mai jos sunt enumerate constatări importante provenite din studii recente, care sunt deosebit de utile în consilierea pacienților de către medici.

CONSTATĂRI IMPORTANTE DESPRE HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

- „Persoanele care la vârsta de 55 ani sunt normotensive, prezintă 90% risc de dezvoltare a hipertensiunii arteriale pe durata vieţii."[24]
- „Mai mult de unul din 2 adulţi cu vârsta peste 60 de ani prezintă hipertensiune arterială"[25] şi numai 34% dintre aceştia au atins obiectivele stabilite pentru valorile tensiunii arteriale.[24]
- „Relaţia dintre tensiunea arterială şi riscul de afecţiuni cardiovasculare (CV) este continuă, consecventă şi independentă de alţi factori de risc ... Pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 40 şi 70 ani, fiecare creştere cu 20 mm Hg a TA sistolice sau cu 10 mm Hg a TA diastolice dublează riscul de afecţiuni CV pe întreaga distribuţie a TA, începând cu 115/75 până la 185/115 mm Hg."[24,28]
- Studii recente pe eşantioane mari de populaţie asupra factorilor de risc cardiovascular au relevat două constatări surprinzătoare[29]:
  1. Numai 4,8–9,9% din populaţia tânără şi de vârstă medie se află la risc scăzut.
  2. Beneficiile statusului de risc scăzut sunt enorme: o reducere cu 72% până la 85% a mortalităţii prin afecţiuni CV şi o reducere cu 40% până la 58% a mortalităţii prin toate etiologiile, ceea ce se asociază cu un câştig al speranţei de viaţă de 5,8-9,5 ani. Acest câştig „este valabil atât pentru afro-americani cât şi pentru populaţia albă, ca şi pentru cei cu status socio-economic precar sau prosper."[29]
- Identificarea şi tratarea persoanelor cu factori de risc nu este suficientă. Aplicarea unei *strategii pentru întreaga populaţie este decisivă pentru prevenirea şi reducerea magnitudinii tuturor factorilor majori de risc,* astfel încât oamenii să dezvolte un comportament adecvat încă din copilărie şi *să rămână* cu *risc scăzut toată viaţa.*[29]

Factorii de risc pentru HTA cuprind sedentarismul, microalbuminuria sau RFG (rata filtrării glomerulare) estimate mai mică de 60 ml/min, istoric familial de afecţiuni CV precoce (vârsta mai mică de 55 ani pentru bărbaţi şi mai mică de 65 ani pentru femei), aport alimentar excesiv de sodiu, aport insuficient de potasiu şi consum de alcool în exces.[24]

Screening-ul pentru boala coronariană şi AVC. În 2002, AHA (The American Heart Association) stabilea că implementarea reducerii factorilor de risc este o sarcină ce revine cu precădere clinicienilor[30]:

- „Provocarea pentru cadrele medicale este aceea de a antrena cât mai mulţi pacienţi, aflaţi în stadiile iniţiale ale bolii, în reducerea extensivă a riscului cardiovascular" pentru a lărgi beneficiile profilaxiei primare.

- „Mesajul continuu care trebuie adresat de medici este acela că adoptarea unor obiceiuri de viaţă sănătoase rămâne piatra de temelie a profilaxiei primare."

- Este imperativă prevenirea primului episod de boală coronariană sau de AVC, sau a dezvoltării anevrismului aortic şi a vasculopatiei periferice, deoarece există o rată înaltă de deces sau disabilitate provocată de primul eveniment."

Ca prim pas, clinicienii trebuie să identifice nu numai tensiunea arterială crescută, ci şi toţi ceilalţi factori de risc cunoscuţi pentru boala coronariană. În „Ghidurile pentru Profilaxia Primară a Bolilor Cardiovasculare şi AVC-ului" AHA recomandă[30]:

- *Screening-ul factorilor de risc* pentru adulţi, începând cu vârsta de 20 ani

- *Estimarea riscului global absolut* de boală coronariană pentru toţi adulţii de peste 40 ani. Scopul estimării riscului global este acela de a ajuta pacientul să-şi menţină riscul cât mai scăzut posibil. De exemplu, diabetul zaharat este echivalent cu un risc pe 10 ani mai mare de 20% în stabilirea riscului corespunzător de boală coronariană.

FACTORII DE RISC ŞI FRECVENŢA SCREENING-ULUI PENTRU ADULŢI ÎNCEPÂND CU VÂRSTA DE 20 ANI

Factor de risc	*Frecvenţă*
Istoric familial de boală coronariană	Actualizare regulată
Statut de fumător Dietă Consum de alcool Activitate fizică	La fiecare control de rutină
Tensiune arterială Indice de masă corporală Circumferinţa taliei Pulsul (pentru detectarea fibrilaţiei atriale)	La fiecare control de rutină (cel puţin la fiecare 2 ani)
Profilul lipoproteic à jeun Glicemia à jeun	Cel puţin la fiecare 5 ani Dacă sunt prezenţi factori de risc pentru hiperlipidemie sau diabet zaharat, la fiecare 2 ani

(Sursa: Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2000 update. Circulation 106(3):388-391, 2002.)

ESTIMAREA RISCULUI GLOBAL PE 10 ANI DE BOALĂ CORONARIANĂ LA ADULŢII CU VÂRSTA PESTE 40 ANI

Stabilirea scorului de risc multiplu pentru boala coronariană bazat pe:

- Vârstă, sex
- Înălţime, greutate şi circumferinţa taliei, sau IMC
- Statut de fumător

(se continuă)

ESTIMAREA RISCULUI GLOBAL PE 10 ANI DE BOALĂ CORONARIANĂ LA ADULŢII CU VÂRSTA PESTE 40 ANI (CONTINUARE)

- Istoric de boală cardiovasculară sau diabet zaharat
- Hipertensiune arterială sistolică şi diastolică
- Colesterol total, LDL- şi HDL-colesterol
- Trigliceride
- Istoric familial de boală cardiacă instalată precoce

Pentru calcularea riscului global de boală coronariană, folosiţi formulele de calcul disponibile în paginile de internet de mai jos (sau alte ecuaţii):

http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3003499
http://hin.nhlbi.nih.gov/atpiii/calculator.asp?usertype=prof

(Sursa: Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2000 update. Circulation 106(3):388-391, 2002.)

Screening-ul pentru dislipidemie. În anul 2001, National Heart, Lung, and Blood Institute of the National Institutes of Health a publicat raportul „The Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel," cunoscut ca ATP III.[31] Publicarea raportului complet NCEP a urmat în anul 2002.[32] Aceste rapoarte furnizează recomandări bazate pe dovezi medicale despre controlul afecţiunilor cu niveluri ridicate de colesterol sau lipide şi demonstrează că „supravegherea epidemiologică a arătat că nivelurile de colesterol seric se corelează continuu cu riscul de boală coronariană" la majoritatea populaţiei globului.[33] Principiile de bază ale ATP III sunt rezumate mai jos:

ATP III: RECOMANDĂRI DE BAZĂ

- Identificaţi LDL ca scop principal în tratamentul hipocolesterolemiant
- Clasificaţi trei categorii de risc pe 10 ani:
  - *Risc înalt (riscul pe 10 ani mai mare de 20%):* boală coronariană prezentă şi echivalenţe de risc pentru boală coronariană
  - *Risc moderat înalt (riscul pe 10 ani de 10-20%):* factori de risc multipli sau 2+
  - *Risc scăzut (riscul pe 10 ani mai mic de 10%):* factor de risc zero sau 1
- *Factorii de risc* cuprind fumatul, TA mai mare de 140/90 mm Hg sau utilizarea medicaţiei antihipertensive, HDL mai mic de 40 mg/dl, istoric familial de boală coronariană la rudele de gradul I de sex masculin înainte de 55 ani sau rudele de gradul I de sex feminin înainte de 65 ani, şi vârsta peste 45 ani la bărbaţi şi peste 55 ani la femei.

  Boala coronariană include istoric de infarct miocardic, angină stabilă sau instabilă, proceduri intervenţionale pe arterele coronare precum angioplastie sau chirurgie bypass, sau dovezi de ischemie miocardică semnificativă.

(se continuă)

ATP III: RECOMANDĂRI DE BAZĂ (CONTINUARE)

Echivalenţele de risc pentru boala coronariană cuprind boala aterosclerotică noncoronariană, precum arteriopatia periferică, anevrismul de aortă abdominală şi boala arterei carotide (accident ischemic tranzitor sau AVC la originea carotidei, sau obstrucţie mai mare de 50% a arterei carotide); *diabetul zaharat; şi factori de risc 2+ cu riscul pe 10 ani de boală coronariană mai mare de 20%.*

- Definiţi *riscul înalt* ca „totalitatea persoanelor cu boală coronariană sau echivalenţe de risc pentru boala coronariană," *cu un nivel ţintă de LDL pentru persoanele cu risc înalt de 100 mg/dl sau mai mic.*
- Identificaţi obiectivele secundare ale terapiei, *precum sindromul metabolic* şi *nivelul de trigliceride mai mare de 150 mg/dl,* acesta fiind un factor de risc independent pentru boala coronariană (vezi tabelul de mai jos).

Sindromul metabolic este definit de ATP III ca fiind „o constelaţie de factori de risc lipidici şi nonlipidici de origine metabolică."[31,32] Acest sindrom este îndeaproape înrudit cu tulburarea metabolică de rezistenţă la insulină, întâlnită la persoanele cu obezitate, sedentare sau cu predispoziţie genetică. Criteriile clinice pentru sindromul metabolic sunt enumerate în tabelul următor. Se observă că circumferinţa taliei se corelează mult mai bine decât IMC cu factorii de risc pentru sindromul metabolic.

• ATP III: Criterii clinice pentru sindromul metabolic

Factor de risc	Nivel definitoriu
Obezitate abdominală	Circumferinţa taliei
Bărbaţi	>102 cm
Femei	>88 cm
Trigliceride	≥150 mg/dl
HDL colesterol	
Bărbaţi	<40 mg/dl
Femei	<50 mg/dl
Tensiunea arterială	≥130/ ≥85 mm Hg
Glicemia à jeun	≥110 mg/dl

În iulie 2004, NCEP a actualizat aceste raportări pe baza concluziilor a cinci studii clinice majore.[33] Pentru *persoanele cu risc înalt,* NCEP recomandă în prezent un nivel al LDL mai mic de 70 mg/dl şi tratament hipolipemiant ca *opţiune terapeutică.*[34] NCEP citează date care confirmă că scăderea suplimentară a LDL cu 30-40% aduce beneficii pacienţilor cu risc înalt, chiar atunci când nivelul LDL este mai mic de 100 mg/dl.

U.S. Preventive Services Task Force recomandă screening de rutină al LDL la bărbaţii de peste 35 ani şi la femeile de peste 45 ani.[35] Screening-ul trebuie început la vârsta de 20 ani pentru persoanele care prezintă factori de risc pentru boală coronariană.[36,37]

Recomandaţi pacienţilor să efectueze un *profil lipidic à jeun* pentru determinarea nivelurilor de colesterol total şi LDL colesterol. Folosiţi formulele de calcul pentru risc de la pag. 343 sau consultaţi ATP III pentru a *stabili categoria de risc pe 10 ani în care se încadrează pacientul.* Folosiţi ghidul din 2004 de mai jos, care cuprinde în prezent patru grupuri de risc, pentru a planifica intervenţiile legate de modificarea stilului de viaţă şi medicaţia hipolipemiantă.

• Ghidul ATP III actualizat: riscul pe 10 ani şi nivelul ţintă de LDL

Categoria de risc pe 10 ani	Nivelul ţintă de LDL	Consideraţi terapia medicamentoasă dacă nivelul LDL:
Risc înalt (>20%)	<100 mg/dl *Nivel ţintă opţional:* <70 mg/dl	≥100 mg/dl (<100 mg/dl: consideraţi terapia medicamentoasă, inclusiv scăderea cu 30-40% a LDL)
Risc moderat înalt (10%–20%)	<130 mg/dl *Nivel ţintă opţional:* <100 mg/dl	≥130 mg/dl (100-129 mg/dl: consideraţi terapia medicamentoasă pentru atingerea unui nivel ţintă <100 mg/dl)
Risc moderat (<10%)	<130 mg/dl	≥160 mg/dl
Risc scăzut (factor de risc 0-1)	<160 mg/dl	≥190 mg/dl (160-189 mg/dl: terapie medicamentoasă *opţională*)

(Sursa: Adaptat din Grundy SM, Cleeman JI, Merz NB, et al, for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 110(2):227-239, 2004.)

Promovarea schimbării stilului de viaţă şi reducerea factorilor de risc. JNC 7, Programul Naţional de Educaţie privind Hipertensiunea şi AHA recomandă o serie de modificări eficiente, bine studiate, ale stilului de viaţă şi

SCHIMBAREA STILULUI DE VIAŢĂ ÎN PREVENIREA ŞI CONTROLUL HTA

- Greutatea optimă sau IMC de 18,5-24,9 kg/m^2
- Aportul de sare mai mic de 6 grame de clorură de sodiu sau 2,4 grame de sodiu pe zi
- Exerciţii aerobice regulate precum mersul vioi cel puţin 30 de minute pe zi, în majoritatea zilelor săptămânii
- Consum moderat de alcool pe zi: două porţii sau mai puţin la bărbaţi şi o porţie sau mai puţin la femei (2 porţii = 30 ml etanol, 700 ml bere, 300 ml vin sau 60-90 ml whiskey)
- Aport alimentar mai mare de 3500 mg potasiu
- Dietă bogată în fructe, legume şi produse lactate semidegresate cu conţinut scăzut de grăsimi saturate şi totale

(Sursa: Whelton PK, He J, Appel LJ, et al. Primary prevention of hypertension. Clinical and Public Health Advisory from the National High Blood Pressure Education Program. JAMA 288(15):1882-1888, 2002.)

intervenții asupra factorilor de risc, cu scopul de a preveni HTA, afecțiunile CV și AVC. Schimbarea stilului de viață pentru reducerea HTA poate conduce la scăderea presiunii arteriale sistolice cu 2 până la 20 mm Hg.[24] Modificările stilului de viață în vederea scăderii HTA se suprapun cu cele recomandate pentru reducerea riscului de boală CV și AVC, așa cum reiese mai jos.

INTERVENȚIILE ASUPRA FACTORILOR DE RISC PENTRU PREVENIREA BOLII CARDIOVASCULARE ȘI AVC

- Renunțarea completă la fumat
- Controlul optim al tensiunii arteriale – vezi tabelul cu ghidul JNC 7 de la pag. 340
- Alimentație sănătoasă – vezi recomandările dietetice de la pagina precedentă
- Controlul nivelurilor lipidice – vezi tabelul de la pag. 343-344
- Exerciții aerobice regulate – vezi pagina precedentă
- Menținerea unei greutăți optime – vezi pagina precedentă
- Controlul diabetului astfel încât nivelul glicemic à jeun să fie sub 110 mg/dl și HgA1C mai mică de 7%
- Conversia fibrilației atriale la ritm sinusal normal, sau terapie anticoagulantă în fibrilația atrială cronică

(Sursa: Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. Circulation 106(3):388–391, 2002.)

Alimentația sănătoasă. Începeți cu un istoric al obiceiurilor alimentare (vezi pag. 106-107), și recomandați pacientului un aport scăzut de colesterol și grăsimi totale, mai ales saturate și grăsimi *trans*. Alimentele care conțin grăsimi mononesaturate, polinesaturate și acizii grași omega-3 din uleiurile de pește ajută la scăderea nivelului de colesterol din sânge. Treceți în revistă sursele alimentare de grăsimi benefice și nocive.[38]

SURSE ALIMENTARE DE GRĂSIMI BENEFICE ȘI GRĂSIMI NOCIVE

Grăsimi benefice

- *Alimente bogate în grăsimi mononesaturate*: oleaginoase precum migdale, nuci pecan și arahide; semințe de susan; avocado; ulei de rapiță; ulei de măsline și arahide; unt de arahide
- *Alimente bogate în grăsimi polinesaturate*: ulei de porumb, de șofran, de semințe de bumbac, și de soia; nuci; semințe de dovleac sau floarea soarelui; margarina semilichidă; maioneza; sosurile de salată
- *Alimente bogate în acizi grași omega-3*: ton alb, hering, macrou, păstrăv curcubeu, somon, sardine

Grăsimi nocive

- *Alimente bogate în colesterol*: produse lactate, gălbenuș de ou, ficat și organe, carne grasă și de pasăre
- *Alimente bogate în grăsimi saturate:* produse lactate grase – smântână, brânză, înghețată, lapte integral sau 2%, unt și frișcă; șuncă; ciocolată; ulei de nucă de cocos; untura și zeama scursă de la carne; cărnuri grase precum carnea tocată, parizer, hot dog și cârnați
- *Alimente bogate în grăsimi trans:* snacks-uri și produse făinoase coapte cu uleiuri hidrogenate sau parțial hidrogenate, margarina solidă, grăsimea pentru frăgezirea aluatului, cartofii prăjiți

Consilierea privind controlul greutăţii corporale şi activitatea fizică. În ianuarie 2004, revista *Healthy People 2010* publică articolul „Progress Review – Nutrition and Overweight" (Analiza progresului – nutriţia şi supragreutatea) care susţine că „factorii alimentari se asociază cu 4 din cele 10 cauze principale de deces – boala coronariană, unele tipuri de cancer, AVC şi diabet zaharat tip 2 – dar şi cu hipertensiunea arterială şi osteoporoza. Global, datele prezentate în revistă privitoare la statusul ponderal al adulţilor şi copiilor reflectă o direcţie nefavorabilă."[38] Mai mult de 60% din americani sunt în prezent obezi sau supraponderali, având o valoare a IMC egală sau mai mare de 25.

Pentru medici, consilierea pacienţilor privind controlul greutăţii corporale a devenit imperativă. Evaluaţi indicele masei corporale (IMC) aşa cum este descris în Capitolul 4, pag. 112-114. Discutaţi principiile unei alimentaţii sănătoase – pacienţii cu aport crescut de grăsimi au mai multe şanse să acumuleze grăsime corporală decât pacienţii cu aport crescut de proteine şi carbohidraţi. Treceţi în revistă obiceiurile alimentare ale pacientului şi modelele ponderale familiale. Trasaţi obiective realiste pentru a ajuta pacientul să menţină *toată viaţa* obiceiurile alimentare sănătoase.

Activitatea fizică regulată este indicatorul numărul unu pentru *Healthy People 2010.* În articolul publicat în aprilie 2004 cu titlul „Progress Review – Physical Activity and Fitness" (Analiza progresului – activitatea fizică şi condiţia fizică) se afirmă că „în anul 2000, dieta necorespunzătoare asociată cu lipsa activităţii fizice a reprezentat cea de-a doua cauză reală de deces. Distanţa dintre acest factor de risc şi consumul de tutun, cauza principală, s-a micşorat substanţial în ultima decadă."[39] Pentru a reduce riscul de boală coronariană, sfătuiţi pacienţii să efectueze exerciţii aerobice sau exerciţii care cresc consumul muscular de oxigen, cel puţin 30 de minute în majoritatea zilelor săptămânii. Impulsionaţi motivaţia pacientului, subliniind beneficiile imediate asupra sănătăţii şi stării de bine. Respiraţia profundă, transpiraţia în mediu rece şi frecvenţa pulsului depăşind 60% din valoarea maximă normală ajustată pentru vârstă, sau 220 minus vârsta persoanei, sunt repere în baza cărora pacientul recunoaşte instalarea metabolismului aerob. Asiguraţi-vă că aţi evaluat toate afecţiunile cardiovasculare, pulmonare sau musculoscheletice care pot prezenta risc, înainte să recomandaţi un regim de exerciţii fizice.

TEHNICI DE EXAMINARE

Acum sunteţi pregătiţi să învăţaţi tehnicile clasice de examinare a sistemului cardiovascular. Cunoaşterea temeinică a anatomiei şi fiziologiei cardiace reprezintă cheia înţelegerii hemodinamicii acestei pompe cu circuit anterograd închis. Dar numai prin practicarea repetitivă şi conştiincioasă a tehnicilor de examinare veţi dobândi încredere şi precizie în observaţiile clinice, fie normale, fie patologice.[40] Examinaţi fiecare pacient metodic şi cu atenţie. Examinări multiple, aprofundate, ale pacienţilor normali vă vor ajuta la identificarea celor mai importante patologii cardiace.

Tensiunea arterială şi frecvenţa cardiacă. Când începeţi examinarea aparatului cardiovascular, verificaţi tensiunea arterială şi frecvenţa cardiacă înregistrate cu ocazia evaluării iniţiale a stării generale a pacientului. Dacă este nevoie să repetaţi măsurătorile sau dacă nu au fost încă efectuate, măsuraţi tensiunea arterială şi frecvenţa cardiacă folosind tehnica optimă (vezi Capitolul 4, Iniţierea examenului clinic: evaluarea stării generale, semnele vitale şi durerea, mai ales la pag. 114-119).[41-45]

Pe scurt, măsuraţi *tensiunea arterială* după ce lăsaţi pacientul în repaus cel puţin 5 minute în mediu liniştit, apoi alegeţi o dimensiune corectă a manşetei şi poziţionaţi braţul pacientului la nivelul inimii, fie aşezat pe o masă dacă pacientul se află în poziţie şezândă, fie susţinut la nivel mediotoracic. Asiguraţi-vă că manşeta este centrată peste artera brahială. Umflaţi manşeta cu aproximativ 30 mm Hg peste presiunea la care dispare pulsul brahial sau radial. În timp ce dezumflaţi manşeta auscultaţi primele zgomote a cel puţin două bătăi consecutive – acestea reprezintă presiunea *sistolică*. Apoi auscultaţi momentul de dispariţie a bătăilor, care marchează presiunea *diastolică*. Pentru a determina *frecvenţa cardiacă*, măsuraţi pulsul radial folosind pulpa degetelor index şi mijlociu, sau auscultaţi cu stetoscopul pulsul la nivelul apexului cordului (vezi pag. 119).

Abilităţi esenţiale în examinarea cardiacă: obiective pentru perfecţionarea tehnicii. În timp vă veţi perfecţiona tehnica de examinare cardiacă dacă veţi respecta următoarele obiective esenţiale:

- ✓ Descrieţi anatomia peretelui toracic şi identificaţi ariile principale de auscultaţie.
- ✓ Evaluaţi pulsul venos jugular, pulsaţiile carotidei şi prezenţa sau absenţa suflurilor carotidiene.
- ✓ Identificaţi şi descrieţi corect punctul de impuls maxim (PIM).
- ✓ Identificaţi corect primul şi al doilea zgomot cardiac (Z_1 şi Z_2) la bază şi la apex.
- ✓ Recunoaşteţi efectul intervalului P-R asupra intensităţii Z_1.
- ✓ Identificaţi dedublarea fiziologică şi paradoxală a Z_2.
- ✓ Recunoaşteţi principalele zgomote patologice din *protodiastolă*, inclusiv al treilea zgomot cardiac Z_3, clacmentul pericardic şi clacmentul de deschidere din stenoza mitrală.
- ✓ Recunoaşteţi al patrulea zgomot cardiac (Z_4) din *telediastolă*.

✓ Evaluaţi momentul de apariţie a suflurilor şi identificaţi corect suflurile sistolice şi diastolice, dar şi zgomotele produse prin frecare.
✓ Evaluaţi şi interpretaţi pulsul paradoxal.
✓ Identificaţi corect semnele fizice ale unui examen cardiac normal, incluzând frecvenţa, ritmul şi caracterele zgomotelor cardiace.
✓ Identificaţi corect suflurile cardiace, folosind diverse manevre atunci când este nevoie.

PRESIUNEA ŞI PULSAŢIILE VENOASE JUGULARE

Presiunea venoasă jugulară (PVJ). Estimarea PVJ este una din cele mai importante şi frecvent utilizate aptitudini în examenul fizic. La început poate părea dificil, dar prin practică şi observaţie veţi constata că PVJ furnizează informaţii valoroase despre volumul circulator şi funcţia cardiacă. PVJ reflectă presiunea din atriul drept sau presiunea venoasă centrală şi este cel mai bine evaluată prin pulsaţiile venei jugulare interne drepte. Totuşi, venele jugulare şi pulsaţiile lor sunt dificil de vizualizat la copiii mai mici de 12 ani, deci nu sunt utile în aprecierea funcţiei cardiovasculare la această categorie de vârstă.

În caseta de mai jos sunt schematizate etapele de evaluare a PVJ. La începutul examinării luaţi în considerare volumul circulator al pacientului şi modul în care trebuie să modificaţi înclinaţia mesei sau a patului de examinare.

- Primul pas în evaluarea PVJ este ridicarea capului patului la 30°. Identificaţi vena jugulară externă de ambele părţi, apoi găsiţi pulsaţiile venei jugulare interne transmise din profunzimea gâtului la ţesuturile moi supraiacente. PVJ este punctul maxim de oscilaţie (meniscul) al pulsaţiilor venoase jugulare care se observă de regulă la pacienţii *normovolemici.*

- La pacienţii *hipovolemici* puteţi anticipa deja că *PVJ va fi scăzută*, ceea ce vă va obliga să *coborâţi capul patului*, uneori până la 0°, pentru a vedea mai bine punctul de oscilaţie.

- Similar, la pacienţii *hipervolemici* sau cu supraîncărcare de volum, puteţi anticipa că *PVJ este crescută*, ceea ce vă va obliga *să ridicaţi capul patului.*

Pacientul hipovolemic trebuie să stea în decubit complet pentru a observa venele gâtului. Invers, când presiunea venoasă jugulară este crescută, poate fi necesară ridicarea la 60° sau chiar la 90°. În toate aceste poziţii unghiul sternal rămâne de regulă la aproape 5 cm deasupra atriului drept, aşa cum este schiţat la pag. 335.

ETAPE DE EVALUARE A PVJ

- Aşezaţi pacientul comod. Ridicaţi uşor capul pacientului pe o pernă pentru a relaxa muşchii sternocleidomastoidieni.
- *Ridicaţi capul patului sau al mesei de examinare la aproximativ 30°. Întoarceţi uşor capul pacientului în direcţia opusă zonei de inspecţie.*

(se continuă)

ETAPE DE EVALUARE A PVJ (continuare)

- Folosiţi lumină tangenţială şi examinaţi ambele părţi ale gâtului. Identificaţi vena jugulară externă de fiecare parte, apoi găsiţi pulsaţiile venei jugulare interne.
- *Dacă este necesar, ridicaţi sau coborâţi capul patului* până când veţi observa punctul de oscilaţie sau meniscul pulsaţiilor venei jugulare interne în jumătatea inferioară a gâtului.
- Concentraţi-vă pe *vena jugulară internă dreaptă.* Căutaţi pulsaţiile în incizura suprasternală, între inserţiile muşchiului sternocleidomastoidian pe stern şi claviculă, sau imediat posterior de acest muşchi. Tabelul de mai jos vă ajută să distingeţi între pulsaţiile jugularei interne şi cele ale carotidei.
- *Identificaţi punctul cel mai înalt al pulsaţiei venei jugulare interne drepte.* Din acest punct prelungiţi orizontal un obiect lung rectangular şi vertical din unghiul sternal o riglă, formând între ele un unghi drept. Măsuraţi în centimetri distanţa verticală deasupra unghiului sternal, acolo unde obiectul orizontal intersectează rigla. *Această distanţă, măsurată în centimetri, deasupra unghiului sternal sau a atriului drept, reprezintă PVJ.*

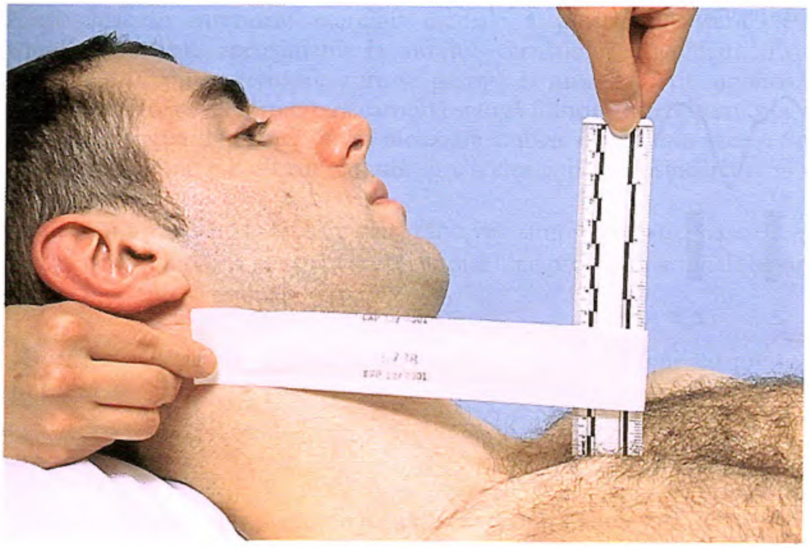
Următoarele caractere ajută la diferenţierea pulsaţiilor jugulare de cele ale arterei carotide:[10]

Diferenţierea pulsaţiilor jugulare interne de cele carotidiene

Pulsaţiile jugulare interne	Pulsaţiile carotidiene
Rar palpabile	Palpabile
Slabe, bifazice, ondulante, de regulă cu două unde pozitive şi două deflexiuni negative pe bătaie cardiacă	O pulsaţie mai viguroasă cu *o singură componentă vizibilă*
Pulsaţiile dispar prin aplicarea unei presiuni uşoare pe venă (vene) imediat deasupra capătului sternal al claviculei	Pulsaţiile nu dispar prin aplicarea acestei presiuni
Amplitudinea pulsaţiilor se modifică cu poziţia, diminuând pe măsură ce pacientul este mai ridicat	Amplitudinea pulsaţiilor nu se modifică cu poziţia
Amplitudinea pulsaţiilor de regulă scade în inspir	Amplitudinea pulsaţiilor nu este afectată de inspir

Stabilirea liniilor orizontală şi verticală de măsurare a PVJ este dificilă, asemănătoare cu încercarea de a amplasa drept un tablou pe perete când vă aflaţi lângă el. Plasaţi rigla pe unghiul sternal şi aliniaţi-o în raport cu un obiect vertical din cameră. Apoi aşezaţi un obiect rectangular în unghi drept cu rigla. Aceasta reprezintă linia orizontală. În timp ce o menţineţi în aceeaşi poziţie orizontală, deplasaţi-o în sus sau în jos, astfel încât marginea inferioară să se afle

Presiunea crescută sugerează *insuficienţă cardiacă congestivă dreaptă* sau, mai rar, *pericardită constrictivă, stenoză tricuspidiană,* sau *obstrucţie de venă cavă superioară.*[46-51]



la nivelul de sus al pulsaţiilor jugulare, şi citiţi distanţa verticală de pe riglă. Rotunjiţi valoarea măsurată la cel mai apropiat număr întreg.

La pacienţii cu boală pulmonară obstructivă, presiunea venoasă poate apărea crescută numai în expir; venele se colabează în inspir. Aceste observaţii nu indică insuficienţă cardiacă congestivă.

Presiunea venoasă măsurată la mai mult de 3 cm sau chiar la 4 cm deasupra unghiului sternal, sau la mai mult de 8 cm sau 9 cm distanţă totală deasupra atriului drept, este considerată crescută *peste normal*.

PVJ crescută are o specificitate de 98% pentru presiunea telediastolică crescută a ventriculului stâng şi pentru fracţia de ejecţie scăzută a ventriculului stâng, ceea ce creşte riscul de deces prin insuficienţă cardiacă.[52,53]

Dacă nu vizualizaţi pulsaţiile venei jugulare interne, căutaţi-le pe cele ale venei jugulare externe. Dacă nu vedeţi nici o pulsaţie, utilizaţi *punctul deasupra căruia vena jugulară externă se colabează*. Identificaţi acest punct pe ambele părţi ale gâtului. Măsuraţi apoi distanţa pe verticală a acestui punct faţă de unghiul sternal.

Torsiunile locale sau obstrucţia sunt cauze frecvente de distensie unilaterală a venei jugulare externe.

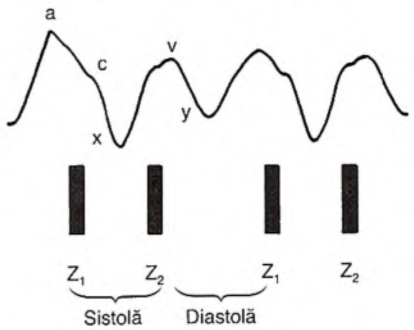
Punctul cel mai înalt al pulsaţiilor venoase poate fi situat sub nivelul unghiului sternal. În această situaţie, presiunea venoasă nu este crescută şi rareori este nevoie să fie măsurată.

Pulsaţiile venoase jugulare. *Observaţi amplitudinea şi momentul de apariţie al pulsaţiilor venoase jugulare.* Pentru a stabili momentul de apariţie, palpaţi artera carotidă stângă cu policele drept sau auscultaţi simultan inima. Unda *a* precede imediat Z_1 şi pulsul carotidian, deflexiunea *x* se poate vedea ca un colaps sistolic, unda *v* aproape coincide cu Z_2 şi deflexiunea *y* urmează la începutul diastolei. Fiţi atenţi la unde absente sau neobişnuit de ample.

Unde a ample sunt prezente în rezistenţa crescută la contracţia atriului drept, ca în *stenoza tricuspidiană*; dar şi în blocul atrioventricular de gradul întâi, tahicardia supraventriculară, ritmurile joncţionale, *hipertensiunea pulmonară* şi *stenoza pulmonară*.

Unda a absentă sugerează fibrilaţie atrială. *Unda v* mare apare în *insuficienţa tricuspidiană*, *pericardita constrictivă*.

Pulsațiile venoase jugulare



Undele presiunii venoase jugulare
a = contracția atrială
c = transmiterea carotidiană; nu este vizibilă clinic
x = deflexiunea de relaxare a atriului drept după unda a
v = umplerea venoasă pasivă a atriului din venele cave
y = deflexiunea din faza de repaus a atriului înainte de contracție

Pentru perfecţionarea tehnicii de percepere a pulsaţiilor venoase jugulare este nevoie de practică şi experienţă. Începătorilor li se recomandă să se concentreze pe PVJ.

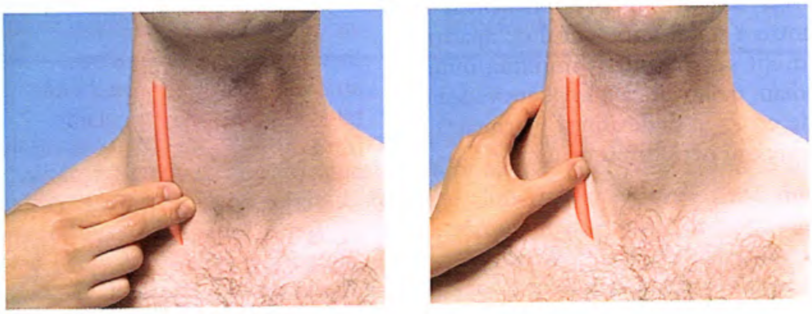
PULSUL CAROTIDIAN

După măsurarea PVJ, urmează evaluarea *pulsului carotidian*. Pulsul carotidian furnizează informaţii valoroase despre funcţia cardiacă şi este în mod special util în detectarea stenozei sau insuficienţei de valvă aortică. Evaluaţi caracterul pulsaţiei carotidiene, amplitudinea şi forma, dar şi prezenţa sau absenţa unor *freamăte* sau *sufluri*.

Pentru ritmuri neregulate vezi Planşa 9-1, Frecvenţe şi ritmuri cardiace caracteristice (pag. 375) şi Planşa 9-2, Ritmuri neregulate caracteristice (pag. 376).

Pentru evaluarea *amplitudinii şi formei*, pacientul trebuie să se afle în clinostatism cu capul patului ridicat la 30°. Mai întâi inspectaţi gâtul pentru a vedea pulsaţiile carotidiene. Acestea sunt vizibile imediat medial de muşchiul sternocleidomastoidian. Apoi plasaţi indexul şi degetul mijlociu (sau policele stâng) pe artera carotidă dreaptă, în treimea inferioară a gâtului, apăsaţi spre posterior şi veţi simţi pulsaţiile.

O arteră carotidă tortuoasă şi torsionată poate produce o proeminenţă pulsatilă unilaterală.



Cauzele pulsaţiilor slabe sunt volumul bătaie scăzut şi factorii arteriali locali, cum ar fi îngustarea sau obstrucţia aterosclerotică.

Apăsaţi chiar în interiorul marginii mediale a muşchiului sternocleidomastoidian relaxat, aproximativ la nivelul cartilajului cricoidian. Evitaţi compresia *sinusului carotidian*, care se găseşte la nivelul părţii superioare a cartilajului tiroidian. Pentru artera carotidă stângă folosiţi degetele sau policele de la mâna dreaptă. Nu comprimaţi niciodată ambele carotide în acelaşi timp. Acest gest poate micşora fluxul sanguin spre creier, inducând sincopă.

Compresia sinusului carotidian poate produce prăbuşirea reflexă a frecvenţei pulsului sau a tensiunii arteriale.

Creşteţi uşor presiunea de apăsare până când veţi simţi o pulsaţie maximă, apoi reduceţi încet compresia pentru a simţi cât mai bine presiunea arterială şi forma pulsului. Încercaţi să evaluaţi:

Vezi Planşa 9-3, Aspecte patologice ale pulsului arterial şi ale undelor de presiune (pag. 377).

- *Amplitudinea pulsului.* Aceasta se corelează destul de bine cu presiunea pulsului.

Puls mic, firav, sau slab în *şocul cardiogen; puls săltăreţ* în *insuficienţa aortică* (pag. 377)

- *Forma undei pulsului* şi anume panta ascendentă, durata vârfului acesteia şi panta descendentă. Panta ascendentă normală este *abruptă*. Este rapidă, netedă şi urmează aproape imediat după Z_1. Vârful este neted, rotunjit şi situat mezosistolic. Panta descendentă este mai puţin abruptă decât cea ascendentă.

Pantă ascendentă *întârziată* în *stenoza aortică*

- Orice *variaţie în amplitudine*, fie de la bătaie la bătaie, fie cu respiraţia.

Puls alternant (vezi pag. 377); puls bigeminat (variaţie bătaie cu bătaie); puls paradoxal (variaţie respiratorie)

- *Cronologia pantei ascendente carotidiene în raport cu Z_1 şi Z_2.* Ascensiunea carotidiană normală urmează Z_1 şi precede Z_2. Această relaţie este deosebit de utilă în identificarea corectă a Z_1 şi Z_2, mai ales când frecvenţa cardiacă este crescută şi durata diastolei, care, în mod normal este mai lungă decât cea a sistolei, este scurtată, apropiindu-se de durata sistolei.

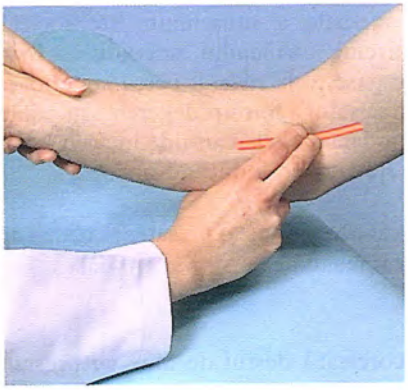
Freamăte şi sufluri. La palparea arterei carotide puteţi detecta vibraţii sau *freamăte*, asemănătoare cu zgomotul torsului de pisică. De obicei, dar mai ales în prezenţa unui freamăt, auscultaţi cu membrana stetoscopului ambele artere carotide pentru perceperea *suflului* asociat, care are mai degrabă origine vasculară decât cardiacă.

Un suflu de valvă aortică poate iradia spre gât şi se aseamănă cu suflul carotidian.

Căutaţi sufluri carotidiene şi la pacienţii de vârstă mijlocie sau vârstnici sau dacă suspectaţi o boală cardiovasculară. Cereţi pacientului să-şi ţină respiraţia pentru o clipă, astfel încât zgomotele respiratorii să nu le mascheze pe cele vasculare, apoi auscultaţi cu pavilionul stetoscopului. Zgomotele cardiace normale nu se percep ca sufluri.

Prevalenţa suflurilor carotidiene asimptomatice creşte cu vârsta, ajungând la 8% la persoanele peste 75 ani, şi asociază un risc de trei ori mai mare de cardiopatie ischemică şi AVC. Prezenţa suflului carotidian nu se corelează cu gradul stenozei subiacente, fiind necesare investigaţii suplimentare.[54]

Examinarea în continuare a pulsurilor arteriale este descrisă la Capitolul 12, Sistemul vascular periferic.



Artera brahială. Arterele carotide reflectă obiectiv pulsaţiile aortice, dar nu şi în cazul pacienţilor cu obstrucţie sau freamăt carotidian. La aceştia este indicată palparea pulsului *arterei brahiale*, folosind tehnica descrisă mai sus pentru determinarea amplitudinii şi formei pulsului.

Folosiţi indexul şi degetul mijlociu sau policele mâinii opuse. Sprijiniţi cotul pacientului cu restul degetelor şi veţi simţi pulsul imediat medial de tendonul bicepsului. Braţul pacientului trebuie să fie relaxat, cu cotul în extensie şi mâna în supinaţie. Cu cealaltă mână veţi putea flecta cotul pacientului la diverse grade pentru a obţine o relaxare musculară optimă.

INIMA

Examinarea cardiacă se va desfăşura în mare parte cu pacientul în *decubit dorsal*, cu trunchiul mai sus prin ridicarea capului patului sau mesei la 30°. Se vor folosi şi alte două poziţii: (1) *decubit lateral stâng* şi (2) *poziţie şezândă şi aplecat înainte*. Aceste poziţii aduc apexul ventricular şi calea de ejecţie a ventriculului stâng mai aproape de peretele toracic, optimizând detectarea PIM şi a insuficienţei aortice. *Examinatorul se va situa de partea dreaptă a pacientului.*

Tabelul de mai jos rezumă poziţiile pacientului şi sugerează o anumită secvenţă de examinare.

• Secvența de examinare cardiacă

Poziţia pacientului	Examinare	Semne accentuate
Decubit dorsal, cu capul ridicat la 30°	Inspectaţi şi palpaţi aria precordială: al 2-lea spaţiu intercostal drept şi stâng; ventriculul drept; şi ventriculul stâng inclusiv şocul apexian (diametru, localizare, amplitudine, durată).	
Decubit lateral stâng	Palpaţi şocul apexian dacă nu l-aţi detectat anterior. Auscultaţi apexul cu *pavilionul* stetoscopului.	Zgomote supraadăugate de frecvenţă joasă, precum Z_3, clacmentul de deschidere, uruitura diastolică din *stenoza mitrală*
Decubit dorsal, cu capul ridicat la 30°	Auscultaţi *cu membrana* stetoscopului începând cu cel de-al 2-lea spaţiu intercostal drept şi stâng, apoi parasternal stâng până la apex. Auscultaţi cu *pavilionul* stetoscopului parasternal drept zgomotele şi suflurile tricuspidiene.	
Poziţie şezândă, aplecat înainte după expir complet	Auscultaţi cu *membrana* stetoscopului parasternal stâng şi apexul.	Suflu diastolic slab descrescendo specific pentru *insuficienţa aortică*

Pe parcursul examinării cardiace, corelaţi semnele constatate cu presiunea venoasă jugulară a pacientului şi cu pulsul carotidian. Localizaţi din punct de vedere anatomic aceste semne şi identificaţi momentul suprapunerii lor pe ciclul cardiac.

- Notaţi *proiecţia anatomică* a zgomotelor în funcţie de spaţiile intercostale şi distanţa faţă de liniile mediosternală, medioclaviculară şi axilară. Linia mediosternală este un bun punct de referinţă pentru măsurători, dar şi linia medioclaviculară poate fi adaptată unor pacienţi cu anumite tipuri constituţionale.

- Identificaţi *momentul apariţiei impulsurilor sau zgomotelor* în raport cu ciclul cardiac. Raportul cronologic al zgomotelor se identifică de regulă numai prin auscultaţie. La majoritatea persoanelor cu frecvenţă cardiacă joasă sau normală, perechile de zgomote cardiace se identifică uşor cu ajutorul stetoscopului. Primul zgomot este Z_1, al doilea zgomot este Z_2, iar această pereche este separată de următoarea printr-un interval diastolic relativ lung.



Intensitatea relativă a acestor zgomote este şi ea utilă. *La apex, Z_1 este mai puternic decât Z_2; la baza inimii Z_2 este de regulă mai intens decât Z_1.*

Identificarea exactă a momentului de apariţie a zgomotelor cardiace poate fi dificilă chiar şi pentru cei mai experimentaţi clinicieni, mai ales în cazul zgomotelor supraadăugate sau a suflurilor. În aceste cazuri folosiţi tehnica "examinării metodice succesive". Reveniţi într-o arie toracică – de regulă la baza inimii – unde Z_1 şi Z_2 pot fi uşor identificate. Auscultaţi şi reţineţi clar în minte ritmul lor. Apoi coborâţi cu stetoscopul treptat, până când veţi auzi zgomotul cel nou.

Folosind numai auscultaţia puteţi fi induşi în eroare. De exemplu, intensitatea Z_1 şi Z_2 poate fi anormală. Mai mult, la frecvenţe cardiace înalte, diastola se scurtează, iar la o frecvenţă de 120, diferenţa dintre durata sistolei şi cea a diastolei devine imperceptibilă. *Apelaţi la palparea pulsului carotidian sau a şocului apexian pentru a determina dacă un zgomot sau un suflu este sistolic sau diastolic.* Deoarece atât panta ascendentă carotidiană, cât şi şocul apexian se situează în sistolă, imediat după Z_1, zgomotele şi suflurile care coincid cu acestea sunt sistolice; cele care apar după panta ascendentă şi şocul apexian sunt diastolice.

De exemplu, Z_1 este diminuat în *blocul cardiac de gradul I*, iar Z_2 este diminuat în *stenoza aortică.*

Inspecţia şi palparea

Aspecte generale. *Inspecţia* atentă a toracelui anterior poate arăta localizarea şocului apexian sau *punctul de impuls maxim (PIM)*, sau mai rar dinamica

ventriculară a Z_3 sau Z_4 de partea stângă. Pentru evidenţierea acestor observaţii folosiţi lumina tangenţială. Veţi stabili apoi caracterele şocului apexian prin *palpare*.

Palparea este folosită şi pentru detectarea freamătului, a cronologiei Z_1 şi Z_2 şi a dinamicii ventriculare a Z_3 sau Z_4.

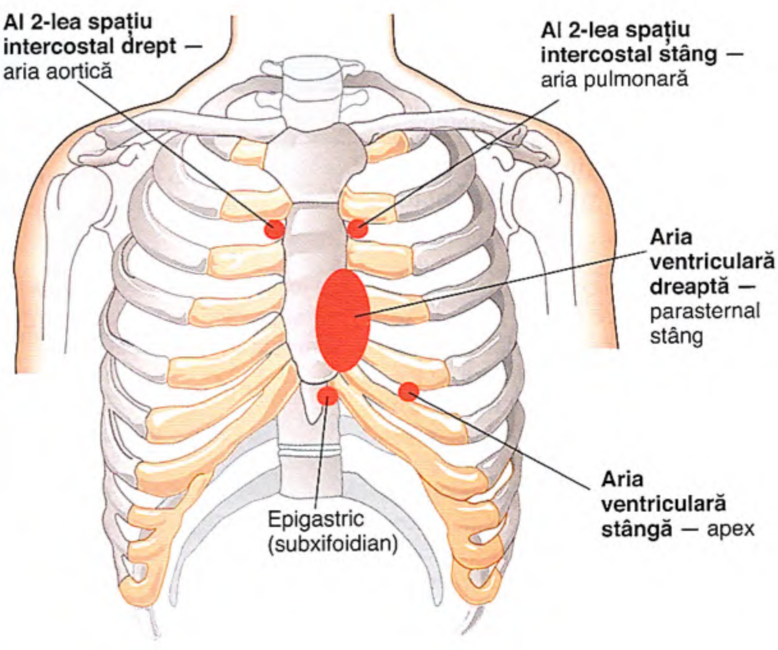
- Începeţi cu palparea generală a peretelui toracic. Mai întâi veţi căuta *deplasări*, *proeminenţe* sau *freamăte*, folosind *pulpa degetelor*. Ţineţi degetele orizontal sau oblic pe suprafaţa toracelui. Impulsul ventricular vă poate deplasa sau ridica degetele.

- Verificaţi prezenţa *freamătului* produs de turbulenţele unui suflu subiacent, comprimând ferm toracele cu *podul palmei*. Dacă auscultaţia ulterioară descoperă un suflu puternic, reveniţi în aria respectivă şi verificaţi din nou prezenţa freamătului.

- În continuare, aplicaţi o compresie fermă pentru Z_1 şi Z_2 şi moderată pentru Z_3 şi Z_4. Când palpaţi *Z_1 şi Z_2*, plasaţi mâna dreaptă pe torace, iar degetele index şi mijlociu ale mâinii stângi pe artera carotidă dreaptă în treimea inferioară a gâtului. Identificaţi Z_1 care apare imediat înaintea ascensiunii carotidiene. Apoi identificaţi Z_2 care apare după ascensiunea carotidiană. Acest exerciţiu vă poate lua timp. La început ascensiunea pare că vine prea rapid. Dacă veţi practica acest exerciţiu de fiecare dată când examinaţi un pacient, veţi descoperi că puteţi identifica Z_1 şi Z_2 la fel de corect prin palpare ca şi prin auscultaţie.

Freamătul poate însoţi suflurile puternice, aspre, huruitoare din *stenoza aortică, persistenţa de canal arterial, defectul septal ventricular* şi mai rar din *stenoza mitrală*. Freamătul se palpează mai bine în poziţiile care accentuează suflul.

Rareori, pacientul poate avea *dextrocardie* – inima situată pe partea dreaptă. Şocul apexian va fi atunci pe partea dreaptă. Dacă nu găsiţi şocul apexian, identificaţi prin percuţie aria matităţii cardiace şi hepatice şi timpanismul stomacului. În *situs inversus* toate aceste trei organe se găsesc pe partea opusă celei obişnuite. Inima situată pe partea dreaptă, dar cu ficatul şi stomacul în poziţii normale se asociază de regulă cu malformaţii cardiace congenitale.



- Evaluaţi *ventriculul drept* prin palparea ariei ventriculare drepte parasternal stâng inferior şi în aria subxifoidiană, a arterei pulmonare în spaţiul al 2-lea intercostal stâng, şi a ariei aortice în al 2-lea spaţiu intercostal drept (vezi pag. 356).

Analizaţi imaginea din pagina anterioară care descrie anatomia normală a cordului şi vaselor mari la majoritatea pacienţilor.

Aria ventriculară stângă – şocul apexian sau punctul de impuls maxim (PIM). Şocul apexian reprezintă pulsaţia scurtă, precoce a ventriculului stâng care se deplasează anterior în timpul contracţiei, atingând peretele toracic. În cele mai multe cazuri şocul apexian este chiar punctul de impuls maxim sau PIM; în anumite situaţii patologice, însă, se pot produce pulsaţii mult mai ample decât cea a apexului, de exemplu în hipertrofia ventriculului drept, dilatarea arterei pulmonare, sau în anevrismul de aortă.

Dacă nu puteţi identifica şocul apexian cu pacientul în decubit dorsal, cereţi acestuia să se întoarcă parţial pe partea stângă – aceasta este poziţia de *decubit lateral stâng.* Palpaţi din nou, folosind suprafaţa palmară a degetelor. Dacă tot nu găsiţi şocul apexian, cereţi pacientului să expire profund şi să-şi ţină respiraţia câteva secunde. Când examinaţi o femeie, deplasaţi glanda mamară stângă în sus sau lateral; sau puteţi să-i cereţi pacientei să facă această manevră.

Impulsul apexian este palpabil la numai 25-40% din adulţii sănătoşi în decubit dorsal şi la 50% din aceştia în decubit lateral stâng, mai ales la cei cu constituţie astenică.[55]



Odată ce aţi descoperit şocul apexian, delimitaţi mai precis aria cu vârful degetelor şi apoi cu un singur deget.

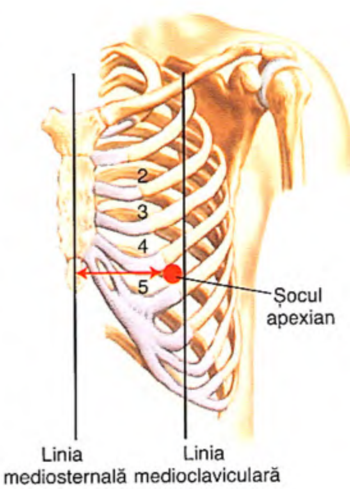


Pe măsură ce câştigaţi experienţă, veţi reuşi să percepeţi şocul apexian la majoritatea pacienţilor. Însă, la pacienţii cu obezitate, cu musculatura toracică foarte dezvoltată sau cu diametrul toracic antero-posterior mărit, acesta poate fi nedecelabil. Uneori şocul apexian nu poate fi identificat indiferent de poziţie.

În continuare evaluaţi localizarea, diametrul, amplitudinea şi durata şocului apexian. Uneori este nevoie să cereţi pacientului să expire şi apoi să-şi ţină respiraţia pentru a verifica observaţiile.

Vezi Planşa 9-4, Aspecte patologice şi variaţii ale impulsului ventricular (pag. 378).

- *Localizarea.* Încercaţi să evaluaţi localizarea cu pacientul în *decubit dorsal*, deoarece poziţia de decubit lateral stâng deplasează şocul apexian spre stânga. Identificaţi două puncte: spaţiul intercostal, de regulă al 5-lea, uneori al 4-lea, care arată poziţia verticală; şi distanţa în centimetri de la *linia mediosternală*, care arată poziţia orizontală. Unii autori recomandă măsurarea în raport cu *linia medioclaviculară*, deoarece şocul apexian se situează aproximativ pe această linie. Medicii care utilizează această metodă ar trebui să folosească o riglă pentru a determina mijlocul distanţei dintre articulaţia sternoclaviculară şi cea acromio-claviculară, deoarece estimarea punctului de mijloc al claviculei poate varia.



Sarcina sau hemidiafragmul stâng ascensionat deplasează şocul apexian în sus şi spre stânga.

Deplasare laterală prin cardiomegalie în *insuficienţa cardiacă congestivă, cardiomiopatie, cardiopatie ischemică.* Deplasare în deformări ale toracelui şi modificări mediastinale.

Deplasarea laterală în afara liniei medioclaviculare creşte probabilitatea prezenţei cardiomegaliei şi a scăderii fracţiei de ejecţie a ventriculului stâng de 3-4 ori, respectiv de 10 ori.[55]

- *Diametrul.* Palpaţi diametrul şocului apexian. La pacientul în decubit dorsal, acesta măsoară de regulă mai puţin de 2,5 cm şi ocupă doar un spaţiu intercostal. În decubit lateral stâng se simte pe o suprafaţă relativ mai mare.

În decubit lateral stâng, un PIM *difuz* cu diametrul mai mare de 3 cm indică hipertrofie ventriculară stângă.[56]

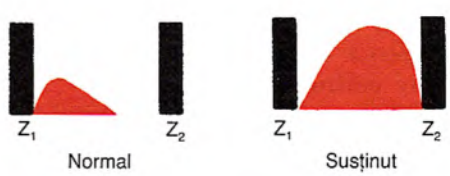
- *Amplitudinea.* Estimaţi amplitudinea şocului apexian. De obicei este mică, *rapidă* şi *bombată*. La unii tineri se percepe o amplitudine mare sau un impuls hiperchinetic, mai ales după efort fizic sau emoţii; durata, în schimb, este normală.

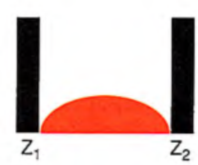
Amplitudinea crescută poate reflecta *hipertiroidism, anemie severă,* supraîncărcare de presiune a ventriculului stâng (ca în *stenoza aortică*), sau supraîncărcare de volum a ventriculului stâng (ca în *insuficienţa mitrală*).



- *Durata.* Durata este caracteristica şocului apexian cea mai utilă în identificarea hipertrofiei de ventricul stâng. Pentru a determina durata, auscultaţi zgomotele cardiace în timp ce palpaţi şocul apexian, sau priviţi mişcarea stetoscopului când ascultaţi la apex. Estimaţi proporţia din sistolă ocupată de şocul apexian. În mod normal ocupă primele două treimi ale sistolei, chiar mai puţin, dar nu ajunge până la cel de-al doilea zgomot cardiac.

Un impuls *susţinut* şi amplu cu localizare normală sugerează hipertrofie ventriculară stângă prin supraîncărcare de presiune (ca în *hipertensiunea arterială*). Dacă acest impuls este deplasat lateral, luaţi în considerare supraîncărcarea de volum.





Un impuls susţinut şi slab (hipochinetic) se poate datora *cardiomiopatiei dilatative.*

- *Z_3 şi Z_4.* Prin inspecţie şi palpare puteţi determina dinamica ventriculară sincronă cu zgomotele cardiace patologice trei (Z_3) şi patru (Z_4). Pentru impulsul ventriculului stâng, palpaţi pulsaţia apicală uşor, cu un deget. Pacientul va fi în decubit lateral stâng parţial, va expira profund şi apoi îşi va opri respiraţia o clipă. Dacă marcaţi cu un X apexul, veţi putea vizualiza aceste mişcări.

Un impuls scurt mezodiastolic indică un Z_3; un impuls imediat înaintea şocului apexian indică un Z_4.

Aria ventriculară dreaptă – al 3-lea, al 4-lea şi al 5-lea spaţiu intercostal parasternal stâng. Pacientul este poziţionat în decubit dorsal la 30°. Plasaţi vârful degetelor uşor flectate în al 3-lea, al 4-lea şi al 5-lea spaţiu intercostal şi încercaţi să percepeţi impulsul sistolic al ventriculului drept. Cereţi din nou pacientului să expire şi apoi să-şi oprească respiraţia, şi astfel vă veţi optimiza observaţia.

Dacă şocul apexian este palpabil, evaluaţi localizarea, amplitudinea şi durata. La pacienţii astenici sau cu torace subţire se simte uneori o pulsaţie sistolică scurtă, de amplitudine mică sau uşor crescută, mai ales când volumul bătaie este crescut, de exemplu în anxietate.

O creştere marcată în amplitudine fără modificarea duratei sau cu o modificare minimă a acesteia are loc în supraîncărcarea cronică de volum a ventriculului drept din *defectul septal atrial.*

Un impuls cu amplitudine şi durată crescute apare în supraîncărcarea de presiune a ventriculului drept din *stenoza pulmonară* sau *hipertensiunea pulmonară.*



Dinamica diastolică a *Z_3 şi Z_4 de partea dreaptă* se poate percepe ocazional. Acestea se palpează în al 4-lea şi al 5-lea spaţiu intercostal stâng. Determinaţi momentul de apariţie al acestora prin auscultaţie sau prin palparea carotidei.

La pacienţii cu diametrul toracic antero-posterior (AP) mărit este utilă şi palparea *ventriculului drept* în *aria epigastrică* sau *subxifoidiană*. Cu mâna întinsă, apăsaţi cu indexul imediat sub cutia toracică şi spre umărul stâng, încercând să percepeţi pulsaţiile ventriculului drept.

În boala pulmonară obstructivă, plămânul hiperinflat poate împiedica palparea unui ventricul drept dilatat în aria parasternală stângă. Acesta însă se percepe uşor în epigastrul superior, acolo unde şi zgomotele cardiace se aud cel mai bine.



Poate fi util să cereţi pacientului să inspire şi apoi să-şi oprească o clipă respiraţia. Poziţia inspiratorie vă îndepărtează mâna de pulsaţiile aortei abdominale, care vă pot induce în eroare. Dinamica diastolică a Z_3 şi Z_4 se poate percepe tot aici, dacă este prezentă.

Aria pulmonară – al 2-lea spaţiu intercostal stâng. La acest nivel se situează *artera pulmonară*. Cu pacientul în expir forţat inspectaţi sau palpaţi un impuls, sau palpaţi eventuale zgomote cardiace. La pacienţii astenici sau cu torace subţire uneori pot fi simţite aici pulsaţiile arterei pulmonare, mai ales după efort fizic sau emoţii.

O pulsaţie amplă în această arie reflectă de regulă dilataţia sau debitul crescut al arterei pulmonare. Un Z_2 palpabil sugerează presiune crescută în artera pulmonară (*hipertensiune pulmonară*).

Aria aortică – al 2-lea spaţiu intercostal drept. La acest nivel se află calea de ejecţie aortică. Căutaţi aici pulsaţii sau zgomote cardiace palpabile.

Un Z_2 palpabil sugerează *hipertensiune* sistemică. O pulsaţie în această arie sugerează o dilataţie sau un anevrism de aortă.

Percuţia

În estimarea dimensiunii cardiace palparea a înlocuit percuţia. Dar atunci când nu puteţi palpa şocul apexian, percuţia ar putea fi singurul instrument util, chiar dacă nu este precis. În această situaţie, matitatea cardiacă ocupă de regulă o arie extinsă. Începeţi percuţia din partea stângă a toracelui la nivelul spaţiilor intercostale 3, 4, 5 şi posibil 6, dinspre sonoritate spre matitatea cardiacă.

În insuficienţa cardiacă cu dilataţie marcată şocul apexian poate fi hipochinetic şi deplasat mult spre stânga. Şocul apexian poate fi nedetectabil în revărsatul pericardic masiv.

Auscultaţia

Aspecte generale. Auscultaţia zgomotelor şi suflurilor cardiace reprezintă un mijloc important al examinării fizice, care orientează în mod direct spre anumite diagnostice clinice. În această secţiune sunt prezentate tehnicile de identificare a Z_1 şi Z_2, a zgomotelor supraadăugate din sistolă şi diastolă, şi a suflurilor sistolice şi diastolice. Revedeţi ariile auscultatorii de la pagina următoare cu unele menţiuni: (1) mulţi autori descurajează folosirea termenilor precum „arie aortică" deoarece suflurile se pot auzi mai bine în alte zone; şi (2) aceste arii nu corespund întotdeauna la pacienţii cu cardiomegalie, malformaţii ale vaselor mari, sau dextrocardie. Este de preferat să folosiţi termeni precum „baza inimii," apex, sau marginea parasternală în descrierea observaţiilor.

Plasarea metodică succesivă a stetoscopului. Auscultaţi inima cu stetoscopul într-o cameră liniştită, începând fie de la bază, fie de la apex. Ambele metode sunt acceptate.

- Unii autori recomandă *începerea auscultaţiei de la apex şi apoi progresia spre bază*: deplasaţi stetoscopul de la PIM medial spre marginea sternală stângă, ascendent spre al doilea spaţiu intercostal, apoi traversaţi sternul spre al doilea spaţiu intercostal pe marginea sternală dreaptă.

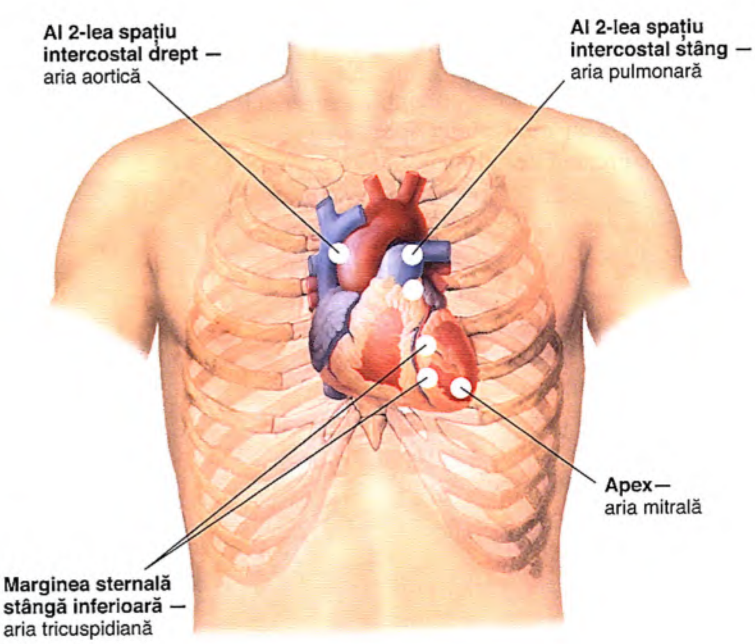
- Alternativ, puteţi *începe la bază şi apoi progresa spre apex*: cu stetoscopul plasat în al doilea spaţiu intercostal, aproape de stern, deplasaţi-vă de-a lungul marginii sternale stângi de la al 2-lea la al 5-lea spaţiu intercostal şi apoi spre apex.

Importanţa raportului cronologic al Z_1 şi Z_2. Indiferent de direcţia de deplasare a stetoscopului, ţineţi degetele index şi mijlociu stângi pe artera carotidă dreaptă, în treimea inferioară a gâtului, pentru a facilita identificarea corectă a Z_1, chiar înaintea ascensiunii carotidiene şi a Z_2, care urmează după aceasta. Nu uitaţi să comparaţi intensitatea Z_1 şi Z_2 în timp ce deplasaţi stetoscopul în ariile de auscultaţie.

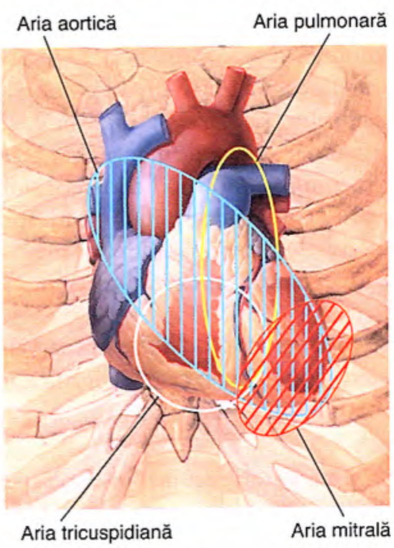
- La baza inimii veţi observa că Z_2 este mai intens decât Z_1 şi poate fi dedublat cu respiraţia. La apex de regulă Z_1 este mai intens decât Z_2, cu excepţia situaţiei în care intervalul PR este prelungit.

- După recunoaşterea zgomotelor Z_1 şi Z_2 veţi identifica corect *sistola*, intervalul dintre Z_1 şi Z_2, şi *diastola*, intervalul dintre Z_2 şi Z_1.

Aşa cum veţi constata, când ascultaţi zgomotele supraadăugate Z_3 şi Z_4 şi suflurile cardiace, raportul cronologic dintre sistolă şi diastolă este absolut necesar în identificarea corectă a acestor evenimente în cadrul ciclului cardiac.



Zgomotele şi suflurile cardiace cu originea la nivelul celor patru valve au o proiecţie largă, aşa cum este ilustrat mai jos. Folosiţi localizarea anatomică în locul ariei valvulare, pentru a descrie zona de intensitate maximă a zgomotelor.



(Preluat din Leatham A: Introduction to the Examination of the Cardiovascular System, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1979)

Cunoaşteţi-vă stetoscopul! Este important să înţelegeţi cum se folosesc atât membrana cât şi pavilionul stetoscopului.

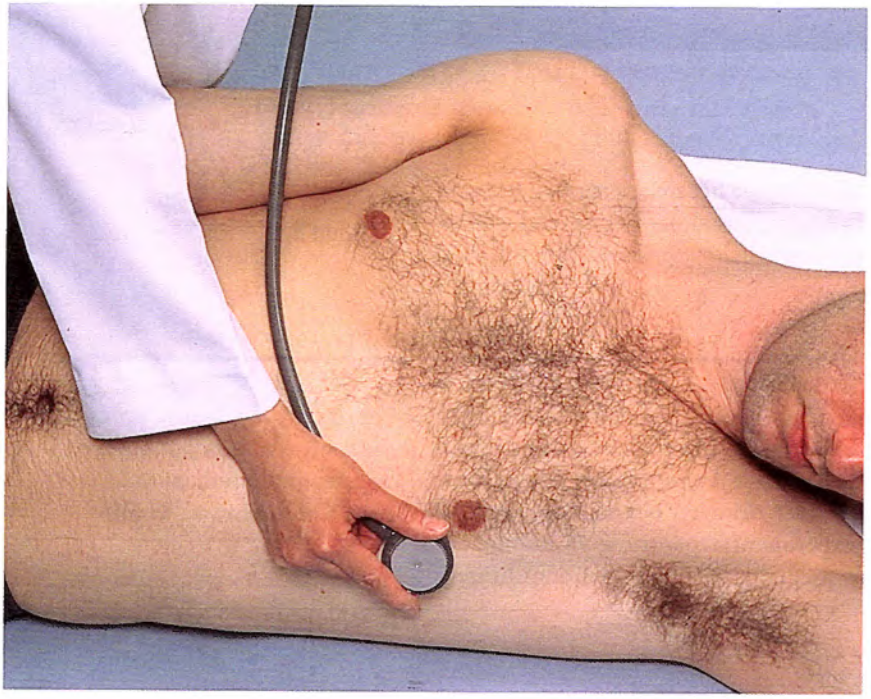
- *Membrana.* Membrana este preferată când dorim să captăm zgomotele Z_1 şi Z_2 cu frecvenţă relativ înaltă, suflurile de regurgitaţie aortică şi mitrală, sau frecătura pericardică. *Auscultaţi pe toată suprafaţa precordială* prin aplicarea fermă a membranei stetoscopului pe torace.

- *Pavilionul.* Pavilionul are sensibilitate mai mare pentru zgomotele Z_3 şi Z_4 cu frecvenţă mai joasă şi suflul din stenoza mitrală. Aplicaţi pavilionul cu compresie blândă, atât cât să creaţi un spaţiu etanş cu întreaga circumferiţă. *Plasaţi pavilionul la apex, apoi deplasaţi-l medial de-a lungul marginii sternale inferioare.* Dacă vă sprijiniţi cu baza palmei pe torace, veţi menţine o compresie uşoară.

  Apăsând mai ferm pavilionul pe torace, acesta va funcţiona asemănător cu membrana, prin tensionarea tegumentului subiacent. Prin această manevră zgomotele cu frecvenţă joasă precum Z_3 şi Z_4 pot dispărea. În schimb, zgomotele cu frecvenţă înaltă precum un clic mezosistolic, un zgomot de ejecţie, sau un clacment de deschidere vor persista sau se vor amplifica.

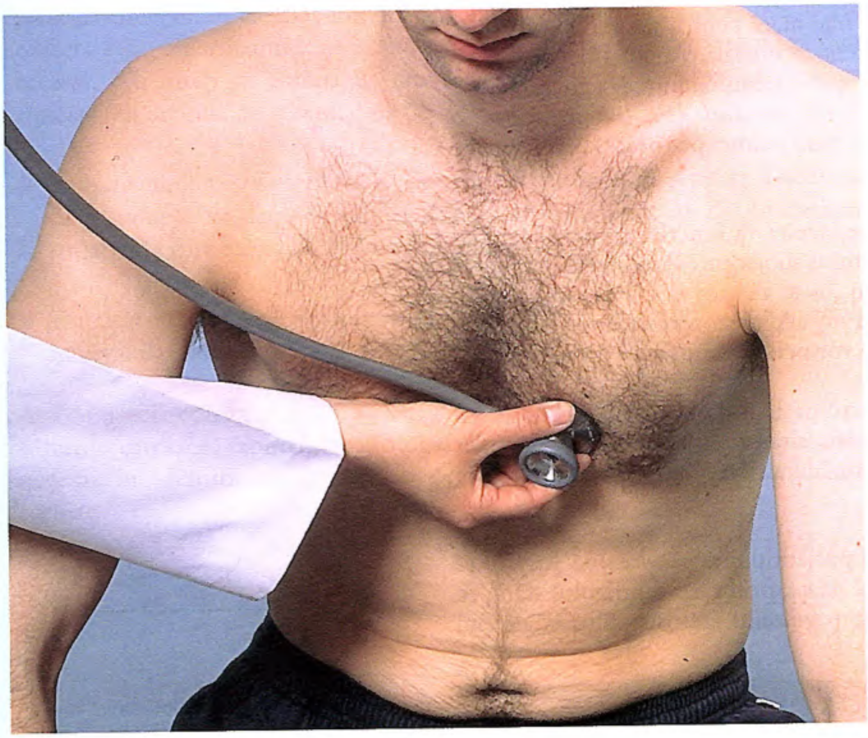
  Auscultaţi întreaga arie precordială cu pacientul în decubit dorsal. La pacienţii nou internaţi sau la cei care necesită un examen cardiac complet folosiţi şi celelalte două poziţii pentru identificarea stenozei mitrale sau regurgitaţiei aortice.

Folosiţi manevrele suplimentare. Cereţi pacientului *să se întoarcă parţial pe partea stângă în poziţia de decubit lateral stâng*, prin care ventriculul stâng se apropie de peretele toracic. Plasaţi uşor pavilionul stetoscopului la nivelul şocului apexian.



Această poziţie accentuează sau descoperă Z_3 şi Z_4 stângi şi suflurile mitrale, mai ales cel din *stenoza mitrală.* Altfel, s-ar putea să rataţi aceste semne.

Cereţi pacientului *să se ridice, să se aplece spre anterior, să expire complet şi să-şi oprească respiraţia în expir.* Apăsând cu membrana stetoscopului pe torace, auscultaţi de-a lungul marginii sternale stângi şi la nivelul apexului, oprindu-vă periodic pentru ca pacientul să poată respira.



Această poziţie accentuează sau descoperă suflurile aortice. Puteţi rata cu uşurinţă un suflu diastolic slab de *insuficienţă aortică* dacă nu auscultaţi şi în această poziţie.

Auscultarea zgomotelor cardiace. Insistaţi pe fiecare arie auscultatorie în timpul examinării. Concentraţi-vă asupra fiecărui eveniment al ciclului cardiac specificat în pagina următoare şi asupra eventualelor zgomote din sistolă şi diastolă.

Identificarea corectă a suflurilor cardiace. Identificarea corectă şi diagnosticarea suflurilor cardiace este o provocare. Abordarea logică şi sistematică, cunoaşterea aprofundată a anatomiei şi fiziologiei cardiace şi *mai presus de toate, dedicaţia pentru studiul, practica şi perfecţionarea tehnicilor de examinare vă vor conduce spre reuşită.* De câte ori aveţi ocazia, comparaţi-vă constatările cu cele ale unui clinician experimentat pentru a vă îmbunătăţi perspicacitatea. În tabelul următor este prezentat un ghid de identificare a suflurilor cardiace.

Zgomotele auscultatorii

Zgomote cardiace	Ghid de auscultaţie	Exemple de anomalii
Z_1	Observaţi intensitatea şi orice dedublare evidentă. Dedublarea normală este percepută parasternal stâng inferior.	Vezi Planşa 9-5, Variaţii ale zgomotului I cardiac – Z_1 (pag. 379). Z_1 are intensitate mai mare în tahicardie (iar intervalele PR sunt mai scurte).
Z_2	Observaţi intensitatea.	Vezi Planşa 9-6, Variaţii ale zgomotului II cardiac – Z_2 (pag. 380).
Dedublarea Z_2	Ascultaţi dedublarea acestui zgomot în al 2-lea şi al 3-lea spaţiu intercostal stâng. Cereţi pacientului să respire calm şi apoi ceva mai profund decât normal. Se dedublează Z_2 în cele două componente, aşa cum este normal? Dacă nu, cereţi pacientului (1) să respire uşor mai profund sau (2) să se ridice. Ascultaţi din nou. Când peretele toracic este gros, componenta pulmonară a Z_2 nu se aude.	Când fie A_2, fie P_2 este absent (în afectarea valvelor respective), Z_2 este în mod constant un zgomot unic.
	Lărgimea dedublării. Cât de mare este dedublarea? În mod normal este destul de îngustă.	
	Momentul apariţiei dedublării. În ce moment al ciclului respirator auziţi dedublarea? Normal se aude la sfârşitul inspirului.	Dedublarea expiratorie este patologică (pag. 380).
	Dispare dedublarea în expir, aşa cum este normal? Dacă nu dispare, ascultaţi din nou cu pacientul în poziţie şezândă.	Dedublarea persistentă rezultă din închiderea întârziată a valvei pulmonare sau închiderea precoce a valvei aortice.
	Intensitatea A_2 şi P_2. Comparaţi intensitatea celor două componente. De regulă A_2 se aude mai puternic.	Un P_2 zgomotos sugerează hipertensiune pulmonară.
Zgomote supraadăugate în sistolă	Sunt reprezentate de zgomote de ejecţie sau clic-uri sistolice. Notaţi localizarea, momentul de apariţie, intensitatea, frecvenţa şi modul în care sunt influenţate de respiraţie.	Clic-ul sistolic din prolapsul de valvă mitrală este cel mai frecvent. Vezi Planşa 9-7, Zgomote supraadăugate în sistolă (pag. 381).
Zgomote supraadăugate în diastolă	Sunt reprezentate de Z_3, Z_4 sau un clacment de deschidere. Notaţi localizarea, momentul de apariţie, intensitatea, frecvenţa şi modul în care sunt influenţate de respiraţie. (Z_3 sau Z_4 sunt normale la sportivi.)	Vezi Planşa 9-8, Zgomote supraadăugate în diastolă (pag. 382).
Sufluri sistolice şi diastolice	Suflurile se disting de zgomotele cardiace prin durata lor mai lungă.	Vezi Planşa 9-9, Sufluri pansistolice (holosistolice) (pag. 383), Planşa 9-10, Sufluri mezosistolice (pag. 384-384) şi Planşa 9-11, Sufluri diastolice (pag. 386).

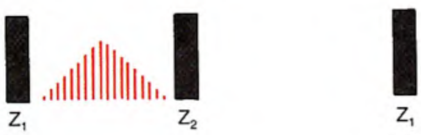
- *Raportul cronologic.* Mai întâi, decideţi dacă auziţi un *suflu sistolic*, situat între Z_1 şi Z_2, sau un *suflu diastolic*, situat între Z_2 şi Z_1. Dacă palpaţi pulsul carotidian în timpul auscultaţiei puteţi localiza în timp mai uşor. *Suflurile care coincid cu ascensiunea carotidiană sunt sistolice.*

Suflurile diastolice indică de obicei boală valvulară. Suflurile sistolice pot indica şi boală valvulară, dar de cele mai multe ori apar pe valve normale.

Suflurile sistolice sunt de regulă *mezosistolice* sau *pansistolice*. Se pot auzi însă şi sufluri la sfârşitul sistolei (telesistolice).

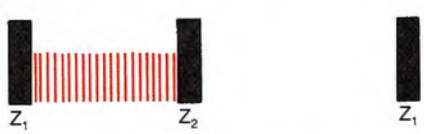
RECOMANDĂRI PENTRU IDENTIFICAREA SUFLURILOR CARDIACE

- Stabiliţi momentul apariţiei suflului – este în sistolă sau în diastolă?
- Localizaţi zona precordială unde acesta se aude mai intens – la bază, parasternal sau la apex?
- Efectuaţi orice manevră necesară, fie în poziţia aplecat înainte şi expir profund, fie în decubit lateral stâng.
- Determinaţi configuraţia suflului – de exemplu, este crescendo sau descrescendo, este holosistolic?
- Gradaţi intensitatea suflului pe o scală de la 1 la 6.
- Identificaţi trăsăturile asociate, cum ar fi caracterul Z_1 şi Z_2, prezenţa zgomotelor supraadăugate Z_3, Z_4, un clacment de deschidere, sau prezenţa unui suflu adiţional.
- Asiguraţi-vă un mediu liniştit de auscultaţie!



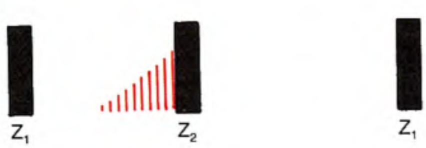
Un *suflu mezosistolic* începe după Z_1 şi se opreşte înainte de Z_2. Între suflu şi zgomotele cardiace se percep pauze scurte. Fiţi atenţi la pauza dinaintea Z_2. Aceasta se distinge mai bine, iar dacă este prezentă, confirmă de regulă suflul ca fiind mezosistolic şi nu pansistolic.

Suflurile mezosistolice reflectă turbulenţa fluxului sanguin prin valvele semilunare (aortică şi pulmonară). Vezi Planşa 9-10, Sufluri mezosistolice (pag. 384-385).



Un *suflu pansistolic (holosistolic)* începe cu Z_1 şi se termină la Z_2, fără pauze între suflu şi zgomotele cardiace.

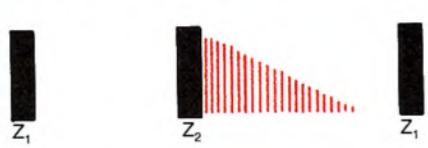
Suflurile pansistolice sunt de obicei rezultatul fluxului regurgitant (retrograd) prin valvele atrioventriculare. Vezi Planşa 9-9, Sufluri pansistolice (holosistolice) (pag. 383).



Un *suflu telesistolic* începe de regulă la mijlocul sau spre sfârşitul sistolei şi persistă până la Z_2.

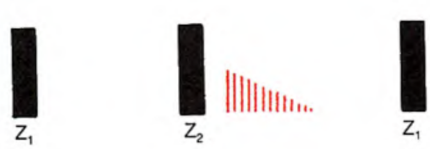
Acesta este suflul din prolapsul de valvă mitrală şi este precedat frecvent, dar nu întotdeauna, de un clic sistolic (vezi pag. 383).

Suflurile diastolice pot fi *protodiastolice*, *mezodiastolice* sau *telediastolice*.



Un *suflu protodiastolic* începe imediat după Z_2 fără o pauză decelabilă şi apoi dispare progresiv înainte de următorul Z_1.

Suflurile protodiastolice însoţesc de regulă fluxul regurgitant prin valvele semilunare incompetente.



Un *suflu mezodiastolic* începe la scurt timp după Z_2. Apoi fie dispare ca în ilustraţie, fie fuzionează cu un suflu telediastolic.

Suflurile mezodiastolic şi presistolic reflectă turbulenţa fluxului sanguin prin valvele atrioventriculare. Vezi Planşa 9-11, Sufluri diastolice (pag. 386).



Un *suflu telediastolic (presistolic)* începe spre sfârşitul diastolei şi continuă până la Z_1.

Un suflu ocazional, cum este cel din persistenţa de canal arterial, începe în sistolă şi continuă fără pauză până după Z_2, ajungând în diastolă, pe care nu o ocupă neapărat complet. Acesta se numeşte *suflu continuu*. Alte zgomote cardiovasculare, precum frecătura pericardică sau suflurile venoase, au *atât componentă sistolică, cât şi diastolică*. Observaţi şi descrieţi aceste zgomote prin aceleaşi caractere folosite în cazul suflurilor sistolice şi diastolice.

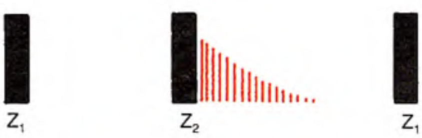
Vezi Planşa 9-12, Zgomotele cardiovasculare cu componentele lor sistolice şi diastolice (pag. 387).

- *Forma*. Forma sau configuraţia unui suflu este determinată de intensitatea acestuia în timp.



Un *suflu crescendo* devine progresiv mai intens.

Suflul presistolic din *stenoza mitrală* cu ritm sinusal normal.



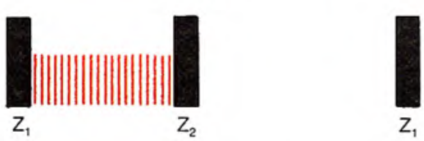
Un *suflu descrescendo* devine progresiv mai slab.

Suflul protodiastolic din *insuficienţa aortică.*



Un *suflu crescendo-descrescendo* mai întâi creşte în intensitate, apoi diminuă.

Suflul mezosistolic din *stenoza aortică* şi *suflurile inocente (funcţionale).*



Un *suflu în platou* are constant aceeaşi intensitate.

Suflul pansistolic din *insuficienţa mitrală.*

- *Localizarea intensităţii maxime*. Aceasta este determinată de zona de origine a suflului. Descoperiţi această localizare, explorând aria în care se aude suflul. Descrieţi locul unde se aude cel mai bine, raportat la spaţiul intercostal şi poziţia faţă de stern, de apex sau de liniile mediosternală, medioclaviculară sau de una din liniile axilare.

De exemplu, un suflu care se aude cel mai bine în al 2-lea spaţiu intercostal drept are originea, de regulă, la nivelul valvei aortice.

- *Iradierea sau transmiterea din punctul de intensitate maximă*. Aceasta reflectă nu numai locul de origine, ci şi intensitatea suflului şi direcţia fluxului sanguin. Exploraţi aria din jur şi determinaţi unde se mai poate auzi.

Un suflu intens de *stenoză aortică* iradiază de obicei spre gât (în direcţia fluxului arterial), în special pe partea dreaptă.

- *Intensitatea*. Aceasta este de obicei împărţită pe grade în cadrul unei scale de 6 puncte şi se exprimă ca o fracţie. Numărătorul descrie intensitatea suflului oriunde se aude mai tare; numitorul indică scala pe care o folosiţi. Intensitatea este influenţată de grosimea peretelui toracic şi de prezenţa ţesutului interpus.

Un grad identic de turbulenţă va determina la o persoană astenică un suflu mai intens, faţă de o persoană obeză sau cu masă musculară dezvoltată. Emfizemul pulmonar poate diminua intensitatea suflurilor.

Învăţaţi să cuantificaţi intensitatea suflurilor folosind scala de 6 grade redată mai jos. De la gradul 4 în sus se asociază prezenţa suplimentară a unui freamăt palpabil.

• Gradele de intensitate ale suflurilor

Grad	Descriere
Gradul 1	Foarte slab, se percepe după o perioadă de adaptare a auzului; nu se aude în toate poziţiile
Gradul 2	Slab, dar se aude imediat după aplicarea stetoscopului pe torace
Gradul 3	Intensitate moderată
Gradul 4	Intens, şi asociază freamăt palpabil
Gradul 5	Foarte intens, cu freamăt. Se aude şi când stetoscopul este parţial depărtat de torace
Gradul 6	Foarte intens, cu freamăt. Se aude şi fără ca stetoscopul să atingă toracele

- *Frecvenţa.* Aceasta poate fi înaltă, medie sau joasă.

- *Caracter.* Acesta se descrie în termeni precum aspirativ, aspru, huruitor, sau muzical.

Exemplu de descriere completă a unui suflu: „suflu diastolic aspirativ, descrescendo, cu frecvenţă medie, gradul 2/6, cu intensitate maximă în al 4-lea spaţiu intercostal stâng şi iradiere spre apex" (*insuficienţă aortică*).

Alte trăsături utile ale suflurilor – ca şi ale zgomotelor cardiace – includ variaţia cu respiraţia, cu poziţia pacientului, sau cu alte manevre speciale.

Suflurile cu origine în inima dreaptă tind să varieze cu respiraţia mai mult decât cele cu origine în inima stângă.

INTEGRAREA EVALUĂRII CARDIOVASCULARE

O bună examinare cardiovasculară necesită mai mult decât observaţie. Trebuie să vă gândiţi la posibilele explicaţii ale constatărilor individuale, ajustându-le într-o schemă logică şi corelându-le cu tensiunea arterială a pacientului, pulsul arterial, pulsaţiile venoase, presiunea venoasă jugulară şi cu restul observaţiilor din cadrul examenului fizic, precum şi cu istoricul pacientului.

Evaluarea unui suflu sistolic comun demonstrează aceste afirmaţii. De exemplu, când examinaţi un adolescent asimptomatic, aţi putea auzi un suflu mezosistolic de gradul 2/6 în al 2-lea şi al 3-lea spaţiu intercostal stâng. Deoarece acesta sugerează un suflu de origine pulmonară, trebuie să determinaţi dimensiunea ventriculului drept prin palparea atentă a ariei parasternale stângi. Deoarece stenoza pulmonară sau defectele septale atriale pot determina ocazional astfel de sufluri, ascultaţi cu atenţie dedublarea zgomotului cardiac Z_2 şi încercaţi să percepeţi un zgomot de ejecţie. Ascultaţi suflul şi cu pacientul ridicat în poziţie şezândă. Căutaţi semne de anemie, hipertiroidism sau sarcină, care pot produce

La o persoană în vârstă de 60 ani cu angină puteţi percepe un suflu mezosistolic aspru, crescendo-descrescendo, de gradul 3/6, în al 2-lea spaţiu intercostal drept cu iradiere spre gât. Aceste observaţii sugerează *stenoză aortică,* dar se pot întâlni şi în *scleroza aortică* (cuspide valvulare sclerotice, dar nu stenozate), dilataţia aortică, sau creşterea fluxului printr-o valvă normală. Evaluaţi orice întârziere a ascensiunii carotidiene şi intensitatea A_2 pentru evidenţierea unei *stenoze aortice.* Verificaţi şocul apexian în caz de hipertrofie ventriculară stângă. Pentru *regurgitaţia aortică,* pacientul trebuie să stea aplecat înainte şi în expir complet.

un astfel de suflu prin creşterea fluxului la nivelul valvelor aortică sau pulmonară. Dacă toate observaţiile sunt normale, atunci probabil că pacientul are un *suflu inocent* sau *funcţional* – fără semnificaţie patologică.

Suflurile funcţionale sunt sufluri scurte, proto- sau mezosistolice, a căror intensitate scade prin manevre care reduc volumul ventricular stâng, precum ortostatismul, poziţia şezândă sau manevra Valsalva.

Asociaţi toate aceste informaţii pentru a emite o ipoteză despre originea suflului.

TEHNICI SPECIALE

Recomandări pentru identificarea suflurilor sistolice. Pe parcursul acestui capitol aţi învăţat cum să optimizaţi auscultaţia zgomotelor şi suflurilor cardiace prin plasarea pacientului în diferite poziţii. Există alte două manevre care vă ajută să distingeţi suflul din prolapsul de valvă mitrală şi din cardiomiopatia hipertrofică de cel din stenoza aortică.

Ortostatismul şi poziţia ghemuită. Când o persoană se află în ortostatism, întoarcerea venoasă spre inimă scade, la fel şi rezistenţa vasculară periferică. Vor scădea de asemenea tensiunea arterială, volumul bătaie şi volumul de sânge din ventriculul stâng. În poziţia ghemuită toate aceste modificări vor avea loc în sens invers. Aceste manevre vă vor ajuta (1) să identificaţi prolapsul de valvă mitrală şi (2) să distingeţi între cardiomiopatia hipertrofică şi stenoza aortică.

Instruiţi pacientul să stea în poziţie ghemuită lângă masa de examinare, de care se va sprijini pentru a-şi menţine echilibrul. Auscultaţi inima în această poziţie, apoi în ortostatism.

Manevre de identificare a suflurilor sistolice

		Efectul asupra zgomotelor şi suflurilor sistolice		
Manevră	**Efect cardiovascular**	**Prolaps de valvă mitrală**	**Cardiomiopatie hipertrofică**	**Stenoză aortică**
Ortostatism; faza de contracţie din manevra Valsalva	**Scăderea volumului ventricular stâng** prin ↓ întoarcerii venoase	↑ prolapsul valvei mitrale	↑ obstrucţia căii de ejecţie	↓ volumul sanguin ejectat în aortă
	Scăderea tonusului vascular: ↓ tensiunea arterială	*Clic-ul apare precoce în sistolă* şi *suflul se prelungeşte*	↑ **intensitatea suflului**	↓ **intensitatea suflului**
Poziţia ghemuită; faza de relaxare din manevra Valsalva	**Creşterea volumului ventricular stâng** prin ↑ întoarcerii venoase	↓ prolapsul valvei mitrale	↓ obstrucţia căii de ejecţie	↑ volumul sanguin ejectat în aortă
	Creşterea tonusului vascular: ↑ tensiunea arterială, ↑ rezistenţa vasculară periferică	*Clic-ul este întârziat* şi *suflul se scurtează*	↓ **intensitatea suflului**	↑ **intensitatea suflului**

Manevra Valsalva. Când o persoană se încordează cu glota închisă, întoarcerea venoasă spre inima dreaptă este diminuată, iar după câteva secunde vor scădea atât volumul ventricular stâng cât şi tensiunea arterială. Relaxarea după acest efort va produce efecte inverse. Aceste modificări ajută la deosebirea prolapsului de valvă mitrală şi a cardiomiopatiei hipertrofice de stenoza aortică.

Pacientul trebuie să fie în clinostatism. Cereţi pacientului să expire forţat sau aplicaţi o mână pe abdomenul acestuia şi instruiţi pacientul să se încordeze împotriva compresiei. Prin ajustarea presiunii pe care o exercitaţi cu mâna, puteţi modifica efortul pacientului la nivelul dorit. Folosiţi-vă cealaltă mână pentru a plasa stetoscopul pe toracele pacientului.

Suflul din cardiomiopatia hipertrofică este singurul suflu sistolic care creşte în intensitate în cursul manevrei Valsalva (faza de contracţie).[57]

Pulsul alternant. În *pulsus alternans* ritmul este regulat, dar *amplitudinea* pulsului arterial este alternantă, deoarece o contracţie ventriculară viguroasă este urmată de una mai slabă. *Pulsul alternant* indică aproape întotdeauna insuficienţă cardiacă stângă severă şi se percepe cel mai bine aplicând o compresie uşoară pe artera radială sau femurală.[58] Utilizaţi manşeta unui tensiometru pentru a confirma aceste observaţii. După ce creşteţi presiunea manşetei, scădeţi-o uşor până la nivelul sistolic – primele zgomote Korotkoff vor fi ale contracţiei puternice. Pe măsură ce dezumflaţi manşeta veţi auzi şi zgomotele mai uşoare ale contracţiilor slabe alternante.

Zgomotele Korotkoff alternante puternice şi slabe sau dublarea bruscă a frecvenţei cardiace aparente când presiunea din manşetă scade indică *puls alternant* (vezi pag. 377).

Poziţia verticală poate accentua alternarea.

Pulsul paradoxal. Dacă aţi observat o variaţie de amplitudine a pulsului cu respiraţia sau dacă suspicionaţi tamponadă pericardică (de exemplu, presiunea venoasă jugulară este crescută, pulsul este rapid şi slab şi pacientul dispneic), folosiţi manşeta unui tensiometru pentru a verifica existenţa *pulsului paradoxal.* Acesta reprezintă o scădere a presiunii sistolice în timpul inspirului mai mare decât în mod normal. În timp ce pacientul respiră calm, reduceţi treptat presiunea manşetei până la nivelul sistolic. Notaţi nivelul presiunii la care se aude primul zgomot. Apoi dezumflaţi manşeta foarte lent până când zgomotele se percep pe toată durata ciclului respirator. Notaţi din nou nivelul presiunii. În mod normal diferenţa dintre aceste două niveluri nu este mai mare de 3 sau 4 mm Hg.

Nivelul identificat de primul zgomot Korotkoff perceput este presiunea sistolică cea mai mare din cursul ciclului respirator. Nivelul identificat prin perceperea zgomotelor pe tot parcursul ciclului respirator este presiunea sistolică cea mai joasă. O diferenţă mai mare de 10 mm Hg între aceste două niveluri indică un puls paradoxal şi sugerează *tamponadă pericardică, pericardită constrictivă,* sau cel mai frecvent *obstrucţia căilor respiratorii* (vezi pag. 377).

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru descrierea constatărilor, dar în timp veţi folosi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Transcrierea examenului fizic – sistemul cardiovascular

„Puls venos jugular (PVJ) la 3 cm deasupra unghiului sternal, cu patul ridicat la 30°. Ascensiune carotidiană rapidă, fără sufluri. Punctul de impuls maxim (PIM) este perceptibil, la 7 cm lateral de linia mediosternală, în al 5-lea spaţiu intercostal. Z_1 şi Z_2 întărite. La bază Z_2 este mai intens decât Z_1 şi dedublat fiziologic, cu $A_2>P_2$. La apex Z_1 este mai puternic decât Z_2 şi constant. Fără zgomote şi sufluri supraadăugate."

SAU

„PVJ la 5 cm deasupra unghiului sternal, cu patul ridicat la 50°. Ascensiune carotidiană rapidă; se percepe un suflu la nivelul arterei carotide stângi. PIM este difuz, cu diametru de 3 cm, se palpează pe linia axilară anterioară în al 5-lea şi al 6-lea spaţiu intercostal. Z_1 şi Z_2 sunt slabe. Z_3 este prezent la apex. Suflu holosistolic aspru, gradul 2/6, cu tonalitate înaltă, intensitate maximă la apex şi iradiere în axilă."

Sugerează *insuficienţă cardiacă congestivă cu supraîncărcare de volum* şi posibilă *ocluzie de carotidă stângă* şi *regurgitaţie mitrală*.[59-61]

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Markel H. The stethoscope and the art of listening. N Engl J Med 354(6):551–552, 2006.
2. Simel DS. Time, now, to recover the fun in the physical examination rather than abandon it. Arch Intern Med 166(6): 603–604, 2006.
3. Mangione S. Cardiac auscultatory skills of physicians-in-training: a comparison of three English-speaking countries. Am J Med 110(3):210–216, 2001.
4. Mangione S. Cardiac auscultatory skills of internal medicine and family practice trainees: a comparison of diagnostic proficiency. JAMA 278(9):717–722, 1997.
5. Mangione S. The teaching and practice of cardiac auscultation during internal medicine and cardiology training. Ann Intern Med 119(1):47–54, 1993.
6. Marcus G, Vessey J, Jordan MV, et al. Relationship between accurate auscultation of a clinically useful third heart sound and level of experience. Arch Intern Med 166(6):617–622, 2006.
7. Vukanovic-Criley JM, Criley S, Warde CM, et al. Competency in cardiac examination skills in medical students, trainees, physicians, and faculty: a multicenter study. Arch Intern Med 166(6):610–616, 2006.
8. O'Rourke RA, Braunwald E. Physical examination of the cardiovascular system. In: Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, et al., eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005:1307.
9. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult—summary article. Circulation 112(12): 154–235, 2005.
10. Cook DJ, Simel DL. Does this patient have abnormal central venous pressure? JAMA 275(8):630–654, 1996.
11. Vinayak AG, Levitt J, Gehlbach B, et al. Usefulness of the external jugular vein examination in detecting abnormal central venous pressure in critically ill patients. Arch Intern Med 166(19):2132–2137, 2006.
12. Davison R, Cannon R. Estimation of central venous pressure by examination of jugular veins. Am Heart J 87(3):279–282, 1974.
13. American Heart Association–American Stroke Association. Heart Disease and Stroke Statistics, 2007. Available at: http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1166712318459HS_StatsInsideText.pdf; Cardiovascular Disease Statistics. Available at: http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?

identifier=4478; National Center for Health Statistics, Fast Stats A to Z. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/fastats/heart.htm. Accessed December 2, 2007.
14. Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Engl J Med 342(16):1187–1195, 2000.
15. Goldman L, Kirtane AJ. Triage of patient with acute chest syndrome and possible cardiac ischemia: the elusive search for diagnostic perfection. Ann Intern Med 139(12):987–995, 2003.
16. Snow V, Barry P, Fihn SD, et al. Evaluation of primary care patients with chronic stable angina: guidelines from the American College of Physicians. Ann Intern Med 141(1):57–64, 2004.
17. Hofgren C, Karlson BW, Gaston-Johansson F, et al. Word descriptors in suspected acute myocardial infarction: a comparison between patients with and without confirmed myocardial infarction. Heart Lung 23(5):397–403, 1994.
18. Abrams J. Chronic stable angina. N Engl J Med 352(24): 2524–2533, 2005.
19. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina—summary article. Circulation 107(1):149–158, 2003.
20. Fraker TD, Fihn SD, Gibbons RJ, et al. 2007 Chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina. Circulation. Published on-line November 12, 2007, at http://content.onlinejacc.org/cgi/content/citation/j.jacc.2007.08.002v1. Accessed November 25, 2007.
21. Klompas M. Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? JAMA 287(17):2262–2272, 2002.
22. Cho S, Atwood JE. Peripheral edema. Am J Med 113(7): 580–586, 2002.
23. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, July 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hibloodrr.htm. Accessed November 25, 2007.
24. Chobanion AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Preventions, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure—The JNC 7 Report. JAMA 289(19):2560–2572, 2003. Available at: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jncintro.htm. Accessed December 2, 2007.
25. Whelton PK, He J, Appel LJ, et al. Primary prevention of hypertension. Clinical and Public Health Advisory from the National High Blood Pressure Education Program. JAMA 288(15):1882–1888, 2002.
26. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 147(11):783–786, 2007; See also: Woolff T, Miller T. Evidence for the reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. Ann Intern Med 147(11):787–791, 2007.
27. Vidt DG, Borazanian RA. Treat high blood pressure sooner: tougher, simpler JNC 7 guidelines. Cleve Clin J Med 70(8): 721–728, 2003.
28. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med 345(18):1291–1297, 2001.
29. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy—findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 282(21): 2012–2018, 1999.
30. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. Circulation 106(3):388–391, 2002.
31. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel. Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults: executive summary. National Cholesterol Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. NIH Publication No. 01-3670. May 2001. Available at: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/index.htm. Accessed November 26, 2007.
32. National Cholesterol Education Panel. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation 106(25):3143–3421, 2002.
33. Grundy SM, Cleeman JI, Merz NB, et al, for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 110(2):227–239, 2004.
34. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,356 high risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. Lancet 360(9326):7–22, 2002.
35. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for lipid disorders: recommendations and rationale. Am J Prev Med 20(3S):73–76, 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/lipidrr.htm. Accessed November 16, 2007.
36. Pignone MP, Phillips CJ, Atkins D, et al. Summary of the evidence. Screening and treating adults for lipid disorders. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/pignone1.htm. Accessed December 2, 2007.
37. Walsh JME, Pignone M. Drug treatment of hyperlipidemia in women. JAMA 291(18):2243–2252, 2004; American Diabetes Association. Toolkit No. 7. Protect your heart: choose fats wisely. March 2004. Available at: http://www.diabetes.org/type-1-diabetes/well-being/Choose-Fats.jsp. Accessed November 27, 2007.
38. Healthy People 2010. Progress review: nutrition and overweight. U.S. Department of Health and Human Services—Public Health Service. January 21, 2004. Available at: http://www.healthypeople.gov/data/2010prog/focus19/default.htm. Accessed November 27, 2007.
39. Healthy People 2010. Progress review: physical activity and fitness. U.S. Department of Health and Human Services—Public Health Service. April 14, 2004. Available at: http://www.healthypeople.gov/data/2010prog/focus22/. Accessed November 27, 2007.
40. Barrett MJ, Kuzma MA, Seto TC, et al. The power of repetition in mastering cardiac auscultation. Am J Med 119(1): 73–75, 2006.

41. Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension: blood pressure measurement. Part I. Sphygmomanometry: factors common in all techniques. BMJ 322(7292):981–985, 2001.
42. Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension: blood pressure measurement. Part II Conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. BMJ 322(7293):1043–1047, 2001.
43. McAlister FA, Straus SE. Evidence-based treatment of hypertension. Measurement of blood pressure: an evidence based review. BMJ 322(7292):908–911, 2001.
44. Tholl U, Forstner K, Anlauf M. Measuring blood pressure: pitfalls and recommendations. Nephrol Dial Transplant 19(4): 766–770, 2004.
45. Edmonds ZV, Mower WR, Lovato LM, et al. The reliability of vital sign measurements. Ann Emerg Med 39(3):233–237, 2002.
46. Lange RA, Hillis LD. Acute pericarditis. N Engl J Med 351(21): 2195–2202, 2004.
47. Spodick D. Acute pericarditis: current concepts and practice. JAMA 289(9):1150–1153, 2003.
48. Khot UN. Prognostic importance of physical examination of heart failure in non-ST elevation acute coronary syndromes: the enduring value of Killip classification. JAMA 290(16): 2174–2181, 2003.
49. Jessup M, Brozena S. Medical progress: heart failure. N Engl J Med 348(20):2007–2017, 2003.
50. Aurigemma GP, Gasach WH. Diastolic heart failure. N Engl J Med 351(11):1097–1104, 2004.
51. Badgett RG, Lucey CR, Muirow CD. Can the clinical examination diagnose left-sided heart failure in adults? JAMA 277(21): 1712–1719, 1997.
52. McGee S. Inspection of the neck veins. In: Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis, Saunders, 2007:378.
53. Drazner MH, Rame E, Stevenson LW, et al. Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure. N Engl J Med 345(8):574–581, 2001.
54. Sauve JS, Laupacis A, Feagan B, et al. Does this patient have a clinically important carotid bruit? JAMA 270(23):2843–2845, 1993.
55. McGee S. Palpation of the heart. In: Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis, Saunders, 2007:400–404.
56. Dans AL, Bossone EF, Guyatt GH, et al. Evaluation of the reproducibility and accuracy of apex beat measurement in the detection of echocardiographic left ventricular dilation. Can J Cardiol 11(6):493–407, 1995.
57. Lembo NJ, Dell'Italia LJ, Crawford MH, et al. Bedside diagnosis of systolic murmurs. N Engl J Med 318(24):1572–1578, 1988.
58. Cha K, Falk RH. Images in clinical medicine: pulsus alternans. N Engl J Med 334(13):834, 1996.
59. Halder AW, Larson MG, Franklin SS, et al. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. Ann Intern Med 138(1):10–16, 2003.
60. Thomas JT, Kelly RF, Thomas SJ, et al. Utility of history, physical examination, electrocardiogram, and chest radiograph for differentiating normal from decreased systolic function in patients with heart failure. Am J Med 112(6):437–445, 2002.
61. Fonarow GC, Adams KF, Abraham WT, et al. Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure: classification and regression tree analysis. JAMA 293(5): 572–580, 2005.
62. Kono T, Rosman H, Alam M, et al. Hemodynamic correlates of the third heart sound during the evolution of chronic heart failure. J Am Coll Cardiol 21(2):419–423, 1993.
63. Homma S, Bhattacharjee D, Gopal A, et al. Relationship of auscultatory fourth heart sound to the quantitated left atrial filling fraction. Clin Cardiol 14(8):671–674, 1991.
64. Pierard LA, Lancellotti P. The role of ischemic mitral regurgitation in the pathogenesis of acute pulmonary edema. N Engl J Med 351(16):1627–1634, 2004.
65. Otto CM. Evaluation and management of chronic mitral regurgitation. N Engl J Med 345(10):740–746, 2001.
66. Etchells E, Bell C, Robb K. Does this patient have an abnormal systolic murmur? JAMA 277(7):564–571, 1997.
67. Etchells E, Glenns, Shadowitz S, et al. A bedside clinical prediction rule for detecting moderate or severe aortic stenosis. J Gen Intern Med 13(10):699–704, 1998.
68. Carabello BA. Aortic stenosis. N Engl J Med 356(9):677–682, 2001.
69. Enriquez-Serano M, Tajik AJ. Aortic regurgitation. N Engl J Med 351(15):1539–1546, 2004.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. JAMA 287(19):2570–2581, 2002.

Bossone E, Rampoldi, Nienaber CA, et al. Usefulness of pulse deficit to predict in-hospital complications and mortality in patients with acute type A aortic dissection. Am J Cardiol 89(7):851–855, 2002.

Capuzzi DM, Freeman JS. C-reactive protein and cardiovascular risk in the metabolic syndrome and type 2 diabetes: controversy and challenge. Clin Diabetes 25(1):16–22, 2007.

Carnici PG, Crea F. Coronary microvascular dysfunction. N Engl J Med 356(8):830–840, 2007.

Cohn JN, Hoke L, Whitwam W, et al. Screening for early detection of cardiovascular disease in asymptomatic individuals. Am Heart J 146(4):679–685, 2003.

Criley JM. The Physiological Origins of Heart Sounds and Murmurs: The Unique Interactive Guide to Cardiac Diagnosis. English/Spanish (CD-ROM). Palo Alto, CA: Blaufuss Multimedia, 1997.

Devereux RB, Wachtell K, Gerdts E, et al. Prognostic significance of left ventricular mass change during treatment of hypertension. JAMA 292(19):2350–2356, 2004.

Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, et al. Hurst's The Heart, 11th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2004.

Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. N Engl J Med 352(16):1685–1695, 2005.

Klein LW. Atherosclerosis regression, vascular remodeling, and plaque stabilization. J Am Coll Cardiol 49:271–273, 2007.

Kuperstein R, Feinberg MS, Eldar M, et al. Physical determinants of systolic murmur intensity in aortic stenosis. Am J Cardiol 95(6):774–776, 2005.

Libby P, ed. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. Philadelphia: Elsevier–Saunders, 2008.

Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, et al. Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update. A scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, endorsed by the American College of Cardiology Foundation. Circulation 115(12):1643–1655, 2007.

National Cholesterol Education Program. Risk Assessment Tool for Estimating 10-year Risk of Developing Hard CHD (Myocardial Infarction and Coronary Death). Available at: http://hp2010.nhlbihin.net/atpiii/calculator.asp?usertype=prof. Accessed May 30, 2008.

Neubauer S. The failing heart: an engine out of fuel. N Engl J Med 356(11):1140–1151, 2007.

Perloff JK. Physical Examination of the Heart and Circulation, 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

Pryor DB, Shaw L, McCants CB. Value of the history and physical in identifying patients at increased risk for coronary artery disease. Ann Intern Med 118(2):81–90, 1993.

Sebastian TP, Kostis JB, Cassazza L, et al. Heart rate and blood pressure response in adult men and women during exercise and sexual activity. Am J Cardiol 100(12):1795–1801, 2007.

Selvanayagam J, De Pasquale C, Arnolda L. Usefulness of clinical assessment of the carotid pulse in the diagnosis of aortic stenosis. Am J Cardiol 93(4):493–495, 2004.

Sharma UC, Barenbrug P, Pokharel S, et al. Systematic review of the outcome of aortic valve replacement in patients with aortic stenosis. Ann Thorac Surg 78(1):90–95, 2004.

Sinisalo J, Rapola J, Rossinen J, et al. Simplifying the estimation of jugular venous pressure. Am J Cardiol 100(12):1779–1781, 2007.

Sipahi I, Tuzcu EM, Schoenhagen P, et al. Effects of normal, prehypertensive, and hypertensive blood pressure levels on progression of coronary atherosclerosis. J Am Coll Cardiol 48(4):833–838, 2006.

Colecţia Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învăţarea şi înţelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANȘA **9-1**

Frecvențe și ritmuri cardiace caracteristice

Ritmul cardiac poate fi *regulat* sau *neregulat*. Când ritmul este neregulat sau frecvenţa este rapidă ori lentă, efectuaţi o electrocardiogramă pentru a identifica originea bătăilor cardiace (nodulul sinusal, nodulul atrioventricular, atriu sau ventricul) şi tipul de conducere. În blocul atrioventricular (BAV) aritmiile se însoţesc de alură ventriculară crescută, normală sau scăzută. Unii autori consideră că limita superioară a frecvenţei normale este de 90 bătăi/minut.

RITMUL ESTE REGULAT SAU NEREGULAT?

REGULAT → CARE ESTE FRECVENŢA?

	Traseu EKG	Frecvenţa de repaus
RAPIDĂ (>100)	Tahicardie sinusală	100–180
	Tahicardie supraventriculară (atrială sau nodală)	150–250
	Flutter atrial cu răspuns ventricular regulat	100–175
	Tahicardie ventriculară	110–250
SAU		
NORMALĂ (60–100)	Ritm sinusal normal	60–90
	BAV de gradul 2	60–100
	Flutter atrial cu răspuns ventricular regulat	75–100
SAU		
SCĂZUTĂ (<60)	Bradicardie sinusală	<60
	BAV de gradul 2	30–60
	BAV complet	<40

NEREGULAT → CARE ESTE CARACTERUL RITMULUI NEREGULAT?

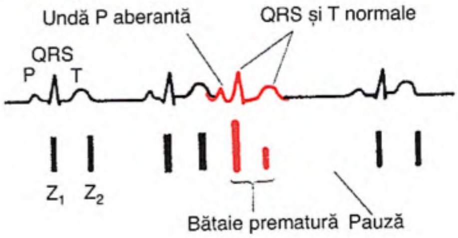
	Traseu EKG	Frecvenţa de repaus
RITMIC SAU SPORADIC	Cu extrasistole, contracţii premature atriale sau nodale (supraventriculare) SAU ventriculare	Vezi Planşa 9-2
	Aritmie sinusală	
SAU		
TOTAL NEREGULAT	Fibrilaţie atrială	
	Flutter atrial cu bloc variabil	

PLANŞA 9-2

Ritmuri neregulate caracteristice

Tipul de ritm	Undele EKG şi zgomotele cardiace	

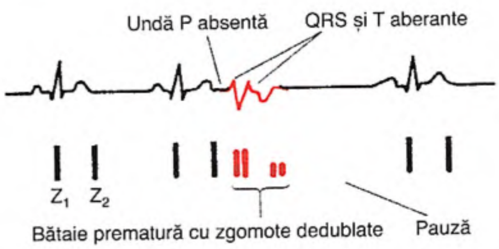
Extrasistole atriale sau nodale *(supraventriculare)*



Ritm. O bătaie de origine atrială sau nodală apare înainte de următoarea bătaie normală. Urmează o pauză, apoi ritmul se reia.

Zgomote cardiace. Intensitatea Z_1 poate fi diferită de cea a Z_1 normal, iar Z_2 poate fi mai slab.

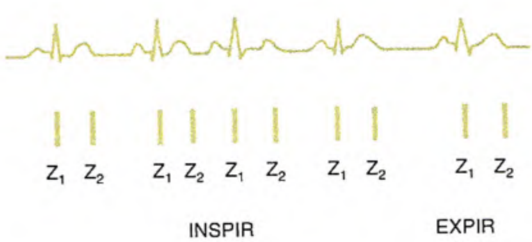
Extrasistole ventriculare



Ritm. O bătaie de origine ventriculară apare înainte de următoarea bătaie normală. Urmează o pauză, apoi ritmul se reia.

Zgomote cardiace. Intensitatea Z_1 poate fi diferită de cea a Z_1 normal, iar Z_2 poate fi mai slab. Ambele zgomote pot fi dedublate.

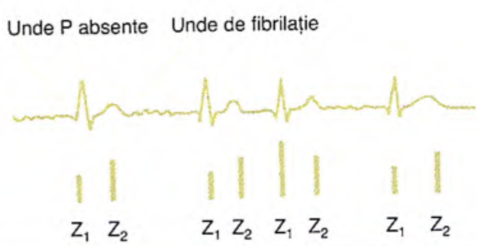
Aritmie sinusală



Ritm. Variază ciclic: de regulă se accelerează în inspir şi diminuă în expir.

Zgomote cardiace. Normale, deşi Z_1 variază cu frecvenţa cardiacă.

Fibrilaţie atrială şi flutter atrial cu BAV variabil

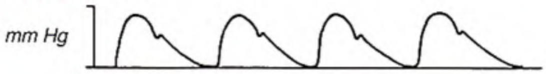


Ritm. Ritmul ventricular este total neregulat, chiar dacă pe anumite segmente scurte pare regulat.

Zgomote cardiace. Intensitatea Z_1 este variabilă.

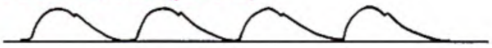
Aspecte patologice ale pulsului arterial și ale undelor de presiune

Normal



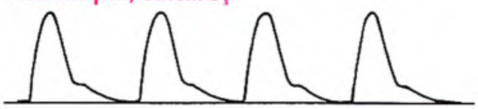
Presiunea pulsului este de aproximativ 30-40 mm Hg. Forma pulsului este rotunjită și netedă. (Incizura aflată pe panta descendentă a undei pulsului nu se palpează.)

Puls slab, mic (parvus)



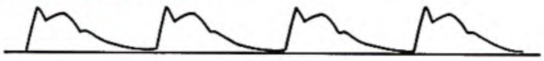
Presiunea pulsului este diminuată, iar acesta se percepe slab. Panta ascendentă poate fi lentă, iar vârful alungit. Apare în următoarele condiții (1) scăderea volumului bătaie din insuficiența cardiacă, hipovolemie și stenoza aortică severă și (2) creșterea rezistenței periferice, în expunerea la frig și insuficiența cardiacă congestivă severă.

Puls amplu, săltăreț



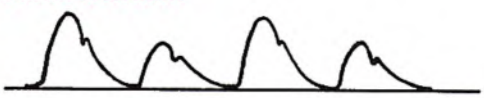
Presiunea pulsului este crescută, iar acesta se percepe puternic și săltăreț. Panta ascendentă și cea descendentă sunt rapide, iar vârful îngust. Apare în următoarele condiții (1) creșterea volumului bătaie, scăderea rezistenței periferice, sau ambele: în febră, anemie, hipertiroidism, insuficiență aortică, fistule arteriovenoase și persistența de canal arterial; (2) creșterea volumului bătaie datorită scăderii frecvenței cardiace, în bradicardie și BAV complet; și (3) scăderea complianței (creșterea rigidității) pereților aortici, în ateroscleroză sau la vârstnici.

Pulsul bisferiens



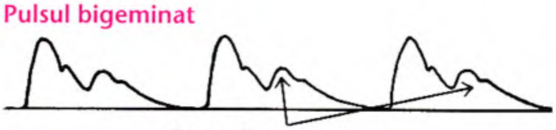
Pulsul bisferiens reprezintă un puls arterial crescut cu două vârfuri sistolice. Apare în insuficiența aortică pură, insuficiența combinată cu stenoza aortică, și mai rar este palpabil în cardiomiopatia hipertrofică.

Pulsul alternant



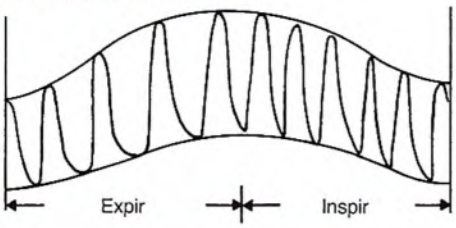
Amplitudinea pulsului alternează de la o bătaie la alta, chiar dacă ritmul este practic regulat (și așa trebuie să fie pentru a defini această noțiune). Când diferența dintre bătăia cea mai slabă și cea mai puternică este minimă, aceasta poate fi detectată doar cu sfigmomanometrul. Pulsul alternant indică insuficiență ventriculară stângă și se asociază de regulă cu un Z_3 stâng.

Pulsul bigeminat



Această anomalie de ritm se poate confunda cu pulsul alternant. Pulsul bigeminat este determinat de o bătaie normală care alternează cu o contracție prematură. Volumul bătaie al contracției premature este mai mic decât al celei normale, astfel încât pulsul variază în amplitudine în funcție de acesta.

Pulsul paradoxal



Pulsul paradoxal se identifică printr-o scădere palpabilă a amplitudinii pulsului în timpul unui inspir calm. Dacă aceasta nu se percepe este nevoie de un tensiometru. Presiunea sistolică scade cu mai mult de 10 mm Hg în inspir. Pulsul paradoxal este întâlnit în tamponada cardiacă, pericardita constrictivă (deși mai rar) și în boala pulmonară obstructivă.

PLANŞA 9-4

Variaţii şi aspecte patologice ale impulsurilor ventriculare

La o persoană sănătoasă, *impulsul ventricular stâng* este de regulă *punctul de impuls maxim* sau *PIM*. Acest impuls scurt este determinat de mişcarea apexului ventricular spre peretele toracic în timpul contracţiei. *Impulsul ventricular drept* nu se palpează în mod normal după perioada de sugar, iar caracterele acestuia sunt vagi. În schimb, PIM ventricular stâng are următoarele caracteristici:

- *Localizare:* în al 4-lea sau al 5-lea spaţiu intercostal, la circa 7-10 cm lateral de linia mediosternală, în funcţie de diametrul toracic
- *Diametru: mic* sau ≤ 2 cm
- *Amplitudine: rapidă, bombată*
- *Durată:* ≤ 2/3 din sistolă

Examinarea atentă a impulsului ventricular vă poate da indicii importante despre hemodinamica cardiovasculară. Caracterul impulsului ventricular se modifică pe măsură ce ventriculii drept şi stâng se adaptează la un debit crescut (anxietate, hipertiroidism, anemie severă) şi la afecţiuni patologice mai severe cu supraîncărcare cronică de presiune sau volum. În tabelul de mai jos sunt prezentate caracterele distinctive ale celor trei tipuri de impulsuri ventriculare: *impulsul ventricular hiperchinetic* din creşterea tranzitorie a volumului bătaie – această modificare nu indică neapărat o afecţiune cardiacă; impulsul ventricular *susţinut*, care apare în hipertrofia ventriculară din supraîncărcarea cronică de presiune, cunoscută sub denumirea de *postsarcină crescută* (vezi pag. 359); şi impulsul ventricular *difuz*, care apare în dilataţia ventriculară din supraîncărcarea cronică de volum, numită şi *presarcină crescută*.

	Impulsul ventricular stâng			Impulsul ventricular drept		
	Hiperchinetic	*Postsarcină crescută*	*Presarcină crescută*	*Hiperchinetic*	*Postsarcină crescută*	*Presarcină crescută*
Exemple de cauze	Anxietate, hipertiroidism, anemie severă	Stenoză aortică, hipertensiune arterială	Insuficienţă aortică sau mitrală	Anxietate, hipertiroidism, anemie severă	Stenoză pulmonară, hipertensiune pulmonară	Defect septal atrial
Localizare	Normal	Normal	Deplasat la stânga şi posibil mai jos	Al 3-lea, al 4-lea sau al 5-lea spaţiu intercostal stâng	Al 3-lea, al 4-lea sau al 5-lea spaţiu intercostal stâng, dar şi subxifoidian	Parasternal stâng până la marginea cardiacă stângă şi subxifoidian
Diametru	Circa 2 cm, deşi când este mai amplu poate părea mai mare	>2 cm	>2 cm	Nerelevant	Nerelevant	Nerelevant
Amplitudine	Mai puternic, bombat	Mai puternic, bombat	*Difuz*	Mai puţin intens	Mai puternic	De la moderat intens până la marcat intens
Durată	<2/3 din sistolă	*Susţinut* (până la Z_2)	Moderat susţinut	Normal	Susţinut	Normal sau moderat susţinut

PLANŞA 9-5

Variaţii ale zgomotului I cardiac – Z_1

Variaţii normale



Z_1 este mai slab decât Z_2 la *bază* (al 2-lea spaţiu intercostal stâng şi drept).



Z_1 este frecvent, dar nu întotdeauna, mai puternic decât Z_2 la *apex*.

Z_1 accentuat



Z_1 este accentuat în (1) tahicardie, ritmuri cu interval PR scurt şi debit cardiac crescut (ex. efort fizic, anemie, hipertiroidism) şi (2) stenoză mitrală. În aceste situaţii valva mitrală este încă larg deschisă la începutul sistolei ventriculare apoi se închide rapid.

Z_1 diminuat



Z_1 este diminuat în BAV grad I (conducere întârziată de la atrii spre ventriculi). În această situaţie, valva mitrală are timp să revină după contracţia atrială la o poziţie aproape închisă, înainte ca sistola ventriculară să o închidă complet. De aceea închiderea este mai silenţioasă. Z_1 este diminuat şi (1) când valva mitrală este calcificată şi relativ imobilă, ca în insuficienţa mitrală şi (2) când contractilitatea ventriculului stâng este considerabil redusă, ca în insuficienţa cardiacă congestivă sau boala coronariană.

Z_1 variabil



Z_1 variază în intensitate (1) în BAV complet, când atriile şi ventriculii se contractă independent unii faţă de alţii şi (2) în orice ritm complet neregulat (ex. fibrilaţia atrială). În aceste situaţii, valva mitrală se află în poziţii variabile înainte de a fi închisă de contracţia ventriculară. Ca urmare, intensitatea zgomotului de închidere variază.

Z_1 dedublat

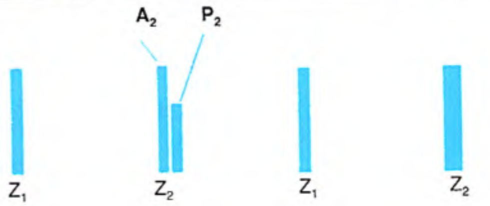


Z_1 poate fi dedublat în mod normal parasternal stâng şi inferior, acolo unde componenta tricuspidiană, de regulă prea slabă ca să poată fi auzită, devine perceptibilă. Această dedublare se poate auzi uneori la apex, dar atunci trebuie diferenţiată de un Z_4, de un zgomot de ejecţie aortic sau de un clic protosistolic. Dedublarea patologică a ambelor zgomote cardiace poate fi auzită în blocul de ramură dreaptă şi în extrasistolele ventriculare.

Variaţii ale zgomotului II cardiac – Z_2

	Inspir	Expir

Dedublare fiziologică

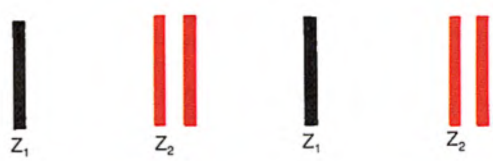


Ascultaţi *dedublarea fiziologică* a Z_2 în *al 2-lea sau al 3-lea spaţiu intercostal stâng*. Componenta pulmonară a Z_2 este de regulă prea slabă pentru a putea fi percepută la apex sau în aria aortică, unde Z_2 este un zgomot unic provocat doar de închiderea valvei aortice. Dedublarea normală este *accentuată de inspir* şi de obicei *dispare în expir*. La unii pacienţi, mai ales la cei tineri, Z_2 poate rămâne dedublat şi în expir. Dedublarea poate dispărea la ridicarea în poziţie şezândă.

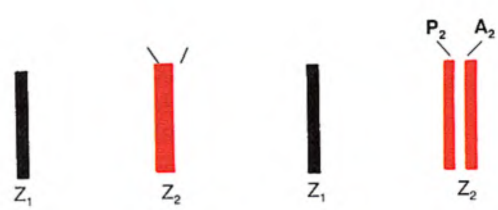
Dedublare patologică *(implică dedublarea în expir şi sugerează boală cardiacă)*



Dedublarea largă a Z_2 se referă la o creştere a dedublării normale, care persistă pe tot ciclul respirator. Dedublarea largă poate fi determinată de închiderea întârziată a valvei pulmonare (în stenoza pulmonară sau în blocul de ramură dreaptă). Aşa cum este ilustrat, blocul de ramură dreaptă produce şi dedublarea Z_1 în componentele mitrală şi tricuspidiană. Dedublarea largă apare şi în cazul închiderii precoce a valvei aortice, din insuficienţa mitrală.



Dedublarea fixă se referă la acea dedublare largă care nu variază cu respiraţia. Se produce în defectul septal atrial şi în insuficienţa ventriculară dreaptă.



Dedublarea paradoxală sau inversată se referă la dedublarea care apare în expir şi dispare în inspir. Închiderea valvei aortice este întârziată patologic, astfel încât A_2 urmează după P_2 în expir. Întârzierea inspiratorie normală a P_2 face ca dedublarea să dispară. Cea mai frecventă cauză de dedublare paradoxală este blocul de ramură stângă.

A_2 cu intensitate crescută în al doilea spaţiu intercostal drept (unde de regulă se poate auzi numai A_2) este întâlnit în hipertensiunea sistemică, datorită creşterii postsarcinii. Se percepe şi când rădăcina aortică este dilatată, probabil datorită faptului că valva aortică este astfel mai aproape de peretele toracic.

A_2 diminuat sau absent în al doilea spaţiu intercostal drept se observă în stenoza aortică calcificată, datorită imobilităţii valvei. Dacă A_2 este absent, atunci nu se percepe nici dedublarea.

P_2 cu intensitate crescută. Când P_2 are intensitate egală sau chiar mai mare decât A_2, ridică suspiciunea de hipertensiune pulmonară. Alte cauze includ dilatarea arterei pulmonare sau defectul septal atrial. Când dedublarea Z_2 se percepe pe arie extinsă, chiar şi la apex sau la nivelul bazei drepte, atunci P_2 este accentuat.

P_2 diminuat sau absent este perceput la persoanele cu diametru toracic antero-posterior crescut asociat cu înaintarea în vârstă. Poate fi întâlnit şi în stenoza pulmonară. Dacă P2 este absent, atunci nu se percepe nici dedublarea.

PLANȘA **9-7**

Zgomote cardiace supraadăugate în sistolă

Există două tipuri de zgomote cardiace supraadăugate în sistolă: (1) zgomote de ejecție protosistolice și (2) clic-uri, frecvent întâlnite în mezo- și telesistolă.

Zgomote de ejecție protosistolice

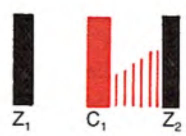


Zgomotele protosistolice de ejecție apar imediat după Z_1, și coincid cu deschiderea valvelor aortică și pulmonară. Sunt zgomote cu frecvență relativ înaltă și caracter de pocnet ascuțit, care se aud mai bine cu membrana stetoscopului. Un zgomot de ejecție indică afecțiune cardiovasculară.

Căutați *zgomotul de ejecție aortic* atât la bază cât și la apex. Poate fi mai intens la apex și de regulă nu variază cu respirația. Zgomotul de ejecție aortic reflectă dilatație aortică, boală valvulară aortică din stenoza congenitală, sau valvă bicuspidă.

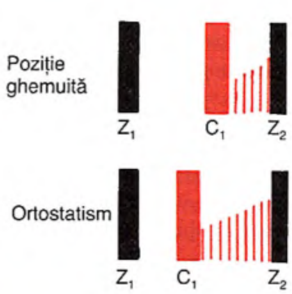
Zgomotul de ejecție pulmonar se aude cel mai bine în al 2-lea și al 3-lea spațiu intercostal stâng. Când Z_1, care de regulă este puțin intens în această arie, se aude puternic, atunci probabil că este vorba despre un zgomot de ejecție pulmonar. De obicei intensitatea acestuia *scade în inspir*. Apare în dilatația arterei pulmonare, în hipertensiunea pulmonară și în stenoza pulmonară.

Clic-uri sistolice



Clic-urile sistolice se produc de regulă în *prolapsul de valvă mitrală* – o parte a valvei mitrale proemină anormal în timpul sistolei în atriul stâng. Clic-ul este mezo- sau telesistolic. Prolapsul de valvă mitrală este o afecțiune cardiacă frecventă, întâlnită la aproape 5% din populația generală. Prevalența este egală la ambele sexe.

Clic-ul este de regulă unic, dar puteți auzi mai multe, fie *la apex sau medial de acesta, fie parasternal stâng inferior*. Are frecvență înaltă, deci se ascultă cu membrana stetoscopului. Deseori este urmat de un suflu telesistolic de regurgitație mitrală – un flux sanguin retrograd din ventriculul stâng în atriul stâng. Suflul este de obicei crescendo până la Z_2. La auscultație variabilitatea este notabilă. Majoritatea pacienților prezintă doar un clic, unii au numai un suflu, iar la alții se aud ambele. Clic-urile sistolice pot avea și origine extracardiacă sau mediastinală.



Zgomotele percepute la auscultație variază în timp și deseori se modifică cu poziția. De aceea se recomandă mai multe poziții: decubit dorsal, poziția șezândă, poziția ghemuită și ortostatismul. *În poziția ghemuită clic-ul și suflul sunt întârziate, iar în ortostatism sunt mai apropiate de Z_1.*

Zgomote cardiace supraadăugate în diastolă

Clacmentul de deschidere



Clacmentul de deschidere este un zgomot protodiastolic produs de deschiderea unei *valve mitrale stenozate*. Se aude cel mai bine medial de apex şi parasternal stâng inferior. Când este intens, clacmentul de deschidere iradiază către apex şi aria pulmonară, unde poate fi confundat cu componenta pulmonară a unui Z_2 dedublat. Frecvenţa înaltă şi caracterul de pocnitură ajută la diferenţierea acestuia de Z_2. Se aude mai bine cu *membrana* stetoscopului.

Z_3



La copii şi la adulţii tinerii până în 35-40 ani se poate detecta frecvent un Z_3 *fiziologic*. Este frecvent şi în ultimul trimestru de sarcină. Se produce în protodiastolă în timpul umplerii ventriculare rapide, intervine mai târziu decât un clacment de deschidere, este surd şi cu frecvenţă joasă, şi se aude cel mai bine la apex în decubit lateral stâng. Se utilizează *pavilionul* stetoscopului cu compresie foarte uşoară.

Z_3 patologic sau *galopul ventricular* se aude la fel ca un Z_3 fiziologic. Un Z_3 prezent la o persoană de peste 40 ani (posibil la vârste mai mari în cazul femeilor) este aproape sigur patologic, fiind cauzat de complianţa modificată a ventriculului stâng la sfârşitul fazei de umplere rapidă a diastolei.[62] Cauzele includ scăderea contractilităţii miocardice, insuficienţa cardiacă congestivă, şi presarcina ventriculară crescută din insuficienţa mitrală sau tricuspidiană. Un *Z_3 stâng* se aude tipic la apex în decubit lateral stâng. Un *Z_3 drept* se aude de regulă parasternal stâng inferior sau subxifoidian, cu pacientul în decubit dorsal, şi este mai intens în inspir. Termenul de *galop* provine de la cadenţa celor trei zgomote cardiace, mai ales la frecvenţe cardiace mari.

Z_4



Z_4 (*zgomot atrial* sau *galop atrial*) se produce chiar înaintea lui Z_1. Este surd, cu frecvenţă joasă şi se percepe mai bine cu pavilionul stetoscopului. Z_4 se aude ocazional şi la persoane aparent sănătoase, mai ales la sportivii bine antrenaţi şi la vârstnici. Frecvent se datorează creşterii rezistenţei la umplerea ventriculară care urmează contracţiei atriale. Această creştere a rezistenţei se corelează cu scăderea complianţei (creşterea rigidităţii) miocardului ventricular.[63]

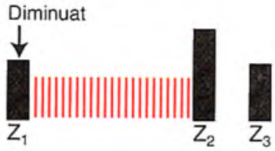
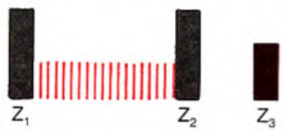
Z_4 stâng apare în boala cardiacă hipertensivă, boala coronariană, stenoza aortică şi cardiomiopatie. *Z_4 stâng* se aude cel mai bine la apex, în decubit lateral stâng. *Z_4 drept* este mai puţin frecvent şi se percepe parasternal stâng inferior sau subxifoidian. Deseori devine mai intens în inspir. Z_4 drept apare în hipertensiunea pulmonară şi în stenoza pulmonară.

Z_4 se poate asocia şi cu conducerea întârziată de la atrii la ventriculi. Această întârziere separă zgomotul atrial, în mod normal slab, de Z_1 care este puternic, astfel încât poate fi perceput. Z_4 este întotdeauna absent în lipsa contracţiei atriale, aşa cum se întâmplă în fibrilaţia atrială.

Ocazional un pacient poate prezenta atât Z_3 cât şi Z_4, situaţie în care există un *ritm cvadruplu* de patru zgomote cardiace. La frecvenţe cardiace înalte, Z_3 şi Z_4 se pot uni într-un zgomot cardiac supraadăugat puternic, numit *galop de sumaţie*.

Sufluri pansistolice (holosistolice)

Suflurile pansistolice (holosistolice) sunt patologice, fiind produse de trecerea fluxului sanguin dintr-o cavitate cardiacă cu presiune înaltă în alta cu presiune joasă, printr-o valvă sau altă structură care în mod normal ar fi trebuit să fie închisă. Suflul începe imediat odată cu Z_1 şi se continuă până la Z_2.

	Insuficienţă mitrală[64,65]	Insuficienţă tricuspidiană	Defect septal ventricular
			
Suflu	*Localizare.* Apex *Iradiere.* În axila stângă, mai rar parasternal stâng *Intensitate.* De la slab la intens; dacă este intens se asociază cu freamăt apical *Frecvenţă.* Medie, până la înaltă *Caracter.* Aspru, holosistolic *Variaţii.* Spre deosebire de insuficienţa tricuspidiană, nu devine mai intens în inspir.	*Localizare.* Parasternal stâng inferior. *Iradiere:* Spre marginea dreaptă a sternului, aria xifoidiană şi posibil către linia medioclaviculară stângă, dar nu şi în axilă *Intensitate.* Variabilă *Frecvenţă.* Medie *Caracter.* Aspirativ, holosistolic *Variaţii.* Spre deosebire de insuficienţa mitrală, intensitatea poate creşte uşor în inspir.	*Localizare.* Al 3-lea, al 4-lea şi al 5-lea spaţiu intercostal stâng *Iradiere.* Frecvent extinsă *Intensitate.* Deseori foarte puternic, cu freamăt *Frecvenţă.* Înaltă, holosistolic *Caracter.* Frecvent aspru
Semne asociate	Z_1 normal (75%), intens (12%), slab (12%) Z_3 apical reflectă presarcina crescută a ventriculului stâng. Şocul apexian este amplu (difuz), deplasat lateral şi poate fi susţinut.	Impulsul ventricular drept este amplu şi poate fi susţinut. Z_3 poate fi perceput parasternal stâng inferior. Presiunea venoasă jugulară este deseori crescută, cu unde v mari ale pulsaţiilor venoase.	Z_2 poate fi mascat de suflul intens. Semnele variază cu severitatea defectului şi leziunile asociate.
Mecanism de producere	Când *valva mitrală nu se închide complet în sistolă*, sângele regurgitează din ventriculul stâng înapoi în atriul stâng, producând un suflu. Acest reflux creează o supraîncărcare de volum a ventriculului stâng, urmată de dilataţia în timp a acestuia. Tulburarea este cauzată de diverse anomalii structurale, iar semnele clinice variază în consecinţă.	Când *valva tricuspidă nu se închide complet în sistolă*, sângele regurgitează din ventriculul drept înapoi în atriul drept, producând un suflu. Cea mai frecventă cauză este insuficienţa şi dilataţia ventriculară dreaptă, cu lărgirea consecutivă a orificiului tricuspidian. Factorul etiologic iniţial este fie hipertensiunea pulmonară, fie insuficienţa ventriculară stângă.	Defectul septal ventricular este o malformaţie congenitală în care *fluxul sanguin circulă printr-un orificiu din ventriculul stâng cu presiune relativ înaltă spre ventriculul drept cu presiune mai joasă*. Defectul poate fi însoţit şi de alte anomalii, dar aici este descrisă doar leziunea necomplicată.

PLANȘA 9-10

Sufluri mezosistolice

Dintre suflurile cardiace, cel mai frecvent sunt întâlnite suflurile de ejecție mezosistolice. Acestea pot fi (1) *inocente* – fără anomalii structurale sau fiziologice detectabile; (2) *funcționale* – provenite din modificările fiziologice ale metabolismului; sau (3) ***patologice*** – cauzate de o anomalie structurală a cordului sau a vaselor mari.[57,66] Suflurile mezosistolice ating un maxim la mijlocul sistolei și, de regulă, se opresc înainte de Z_2. Morfologia crescendo-descrescendo sau romboidă nu se percepe întotdeauna, dar pauza dintre suflu și Z_2 ajută la diferențierea suflurilor mezosistolice de cele pansistolice.

	Sufluri inocente	Sufluri funcționale
	 	
Suflu	*Localizare.* De la al 2-lea la al 4-lea spațiu intercostal stâng între marginea sternală stângă și apex *Iradiere.* Mică *Intensitate.* Gradul 1 sau 2, posibil și 3 *Frecvență.* Joasă spre medie *Caracter.* Variabil *Variații.* De regulă, scade sau dispare în poziție șezândă	Similar cu suflurile inocente
Semne asociate	Nu există: dedublare normală, fără zgomote de ejecție, fără sufluri diastolice și fără semne palpabile de dilatație ventriculară. Ocazional, un suflu inocent poate fi prezent alături de un alt tip de suflu.	Uneori semne ale etiologiei probabile.
Mecanism de producere	Suflurile inocente se formează din turbulențele fluxului sanguin, generate probabil de ejecția sângelui în aortă din ventriculul stâng și uneori din cel drept. Frecvent întâlnit la copii și adulți tineri, dar poate fi perceput și la vârstnici. Nu se asociază cu nici o afecțiune cardiovasculară.	Turbulența datorată unei creșteri temporare a fluxului sanguin în afecțiuni predispozante precum anemie, sarcină, febră și hipertiroidism.

Sufluri patologice

Stenoza aortică [67,68]



Localizare. Al 2-lea spaţiu intercostal drept

Iradiere. Deseori spre carotide, descendent parasternal stâng, chiar până la apex

Intensitate. Uneori slabă, dar deseori puternică, cu freamăt

Frecvenţă. Medie, aspru; aspectul crescendo-descrescendo poate fi mai pronunţat la apex

Caracter. Deseori aspru; muzical la apex

Variaţii. Se aude cel mai bine cu pacientul în poziţie şezândă şi aplecat în faţă

A_2 diminuă pe măsură ce stenoza aortică este mai strânsă. A_2 poate fi întârziat sau fuzionat cu $P_2 \rightarrow Z_2$ unic în expir sau dedublat paradoxal. Ascensiunea carotidiană poate fi ***întârziată***, cu o pantă lentă şi amplitudine mică. Hipertrofia ventriculară stângă induce → şoc apexian ***susţinut*** şi Z_4 prin scăderea complianţei.

Stenoza severă a valvei aortice diminuă fluxul sanguin prin valvă, produce turbulenţe şi creşte postsarcina ventriculului stâng. Cauzele sunt congenitale, reumatice şi degenerative; semnele pot fi diferite în funcţie de cauză. Alte afecţiuni pot fi confundate cu stenoza aortică fără obstrucţia fluxului: ***scleroza aortică***, o rigidizare a cuspidelor valvulare asociată cu înaintarea în vârstă; ***valva aortică bicuspidă***, o afecţiune congenitală ce poate rămâne nediagnosticată până la vârsta adultă; ***dilataţia de aortă***, în ateroscleroză, sifilis sau sindrom Marfan; ***creşterea patologică a fluxului prin valva aortică*** în timpul sistolei poate însoţi insuficienţa aortică.

Cardiomiopatia hipertrofică



Localizare. Al 3-lea şi al 4-lea spaţiu intercostal stâng

Iradiere. Descendent parasternal stâng spre apex, posibil spre bază, dar nu şi spre gât

Intensitate. Variabilă

Frecvenţă. Medie

Caracter. Aspru

Variaţii. Diminuă în poziţie ghemuită, se accentuează în faza de contracţie a manevrei Valsalva şi în ortostatism

Z_3 poate fi prezent. Z_4 este frecvent prezent la apex (spre deosebire de insuficienţa mitrală). Şocul apexian poate fi ***susţinut*** şi are două componente palpabile. Pulsul carotidian are o ascensiune ***rapidă***, spre deosebire de pulsul din stenoza aortică.

Hipertrofia ventriculară masivă se asociază cu o expulzie neobişnuit de rapidă a sângelui din ventriculul stâng în timpul sistolei. Poate coexista cu obstrucţia căii de ejecţie. Deformarea asociată a valvei mitrale poate produce insuficienţă mitrală.

Stenoza pulmonară



Localizare. Al 2-lea şi al 3-lea spaţiu intercostal stâng

Iradiere. Dacă este puternic, iradiază spre umărul stâng şi gât

Intensitate. Slabă sau puternică; când este puternică se asociază cu freamăt

Frecvenţă. Medie; crescendo-descrescendo

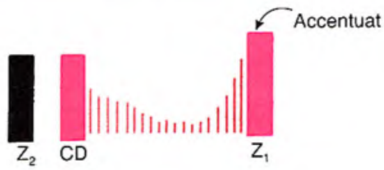
Caracter. Deseori aspru

În stenoza severă Z_2 este larg dedublat iar P_2 este diminuat sau absent. Frecvent se aude un zgomot protosistolic de ejecţie pulmonar. Se poate percepe şi un Z_4 drept. Impulsul ventricular drept este amplu şi ***susţinut.***

Stenoza valvei pulmonare diminuă fluxul sanguin prin valvă, crescând postsarcina ventriculului drept. Este congenitală şi se întâlneşte de obicei la copii. În ***defectul septal atrial*** suflul sistolic rezultat din creşterea patologică a fluxului prin valva pulmonară se poate confunda cu cel din stenoza pulmonară.

Sufluri diastolice

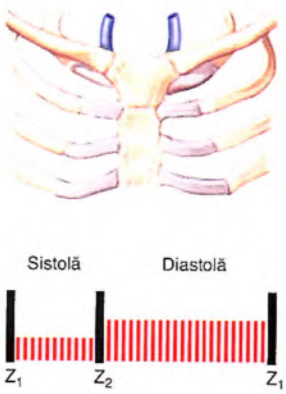
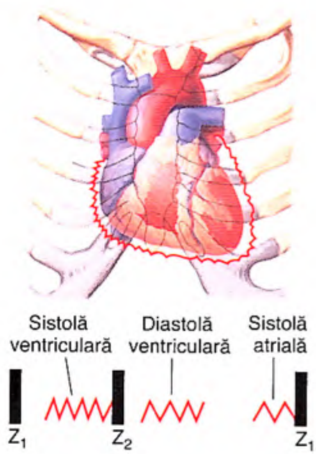
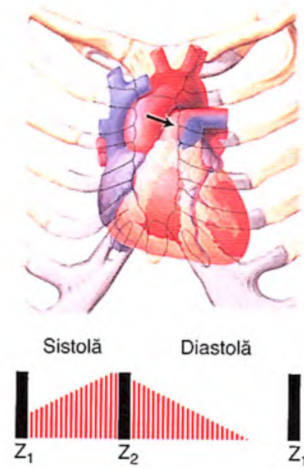
Suflurile diastolice indică aproape întotdeauna boală cardiacă. Acestea se împart în două categorii principale. *Suflurile protodiastolice descrescendo* semnifică fluxul retrograd printr-o valvă semilunară incompetentă, de obicei valva aortică. *Uruitura mezo- sau telediastolică* sugerează stenoza unei valve atrioventriculare, de obicei a valvei mitrale.

	Insuficiența aortică [69]	Stenoza mitrală
	 	
Suflu	*Localizare.* Între al 2-lea și al 4-lea spațiu intercostal stâng *Iradiere.* Dacă este puternic, iradiază spre apex și posibil parasternal drept *Intensitate.* Gradul 1-3 *Frecvență.* Înaltă. Folosiți *membrana* stetoscopului. *Caracter.* Aspirativ descrescendo; poate fi confundat cu zgomotele respiratorii *Variații.* Suflul se aude cel mai bine cu pacientul *în poziție șezândă, aplecat înainte*, în expir forțat.	*Localizare.* De regulă limitat la apex *Iradiere.* Mică sau absentă *Intensitate.* Gradul 1-4 *Frecvență.* Uruitură descrescendo de frecvență joasă. Folosiți *pavilionul* stetoscopului. *Variații.* Auscultația este mai facilă dacă plasați pavilionul chiar la nivelul șocului apexian, cu pacientul în *decubit lateral stâng* și după un efort minim. Se aude mai bine în expir.
Semne asociate	Se poate auzi și un zgomot de ejecție. Prezența unui Z_3 sau Z_4 sugerează insuficiență severă. Modificările progresive ale șocului apexian constau în creșterea amplitudinii, deplasarea laterală și în jos, diametrul lărgit și creșterea duratei. Presiunea pulsului este crescută, iar *pulsul arterial este deseori amplu și săltăreț*. Un suflu mezosistolic de flux sau suflul Austin Flint sugerează flux retrograd masiv.	Z_1 este accentuat și poate fi palpat la apex. Un clacment de deschidere (CD) urmează deseori Z_2 și inițiază suflul. Dacă se dezvoltă hipertensiune pulmonară, P_2 este accentuat, iar impulsul ventricular drept devine palpabil. Insuficiența mitrală și boala valvulară aortică se pot asocia cu stenoza mitrală.
Mecanism de producere	Cuspidele valvei aortice nu se închid complet în timpul diastolei, iar sângele regurgitează din aortă înapoi în ventriculul stâng. Rezultă creșterea presarcinii ventriculului stâng. Se pot asocia alte două sufluri: (1) un suflu mezosistolic produs de creșterea fluxului anterograd prin valva aortică și (2) un suflu mitral diastolic *(Austin Flint)* produs de lovirea diastolică a cuspidei anterioare a valvei mitrale de către fluxul retrograd.	În reumatismul articular acut cuspidele valvei mitrale se îngroașă, devin rigide și deformate, iar *valva mitrală nu se deschide suficient în diastolă*. Suflul care rezultă are două componente: (1) mezodiastolic (în timpul umplerii ventriculare rapide) și (2) presistolic (în timpul contracției atriale). Ultima dispare dacă se dezvoltă fibrilația atrială, și rămâne doar uruitura mezodiastolică.

PLANŞA 9-12

Zgomotele cardiovasculare cu componentele lor sistolice şi diastolice

Unele zgomote cardiovasculare depăşesc durata unei singure faze a ciclului cardiac. Mai jos sunt descrise trei exemple în acest sens: (1) *suflul venos*, un zgomot benign produs de turbulenţa fluxului sanguin prin venele jugulare – frecvent la copii; (2) *frecătura pericardică*, produsă prin inflamaţia sacului pericardic; şi (3) *persistenţa de canal arterial*, o anomalie congenitală în care persistă o comunicare între aortă şi artera pulmonară. *Suflurile continue* încep în sistolă şi se extind peste Z_2 pe tot parcursul diastolei sau numai parţial, aşa cum se întâmplă în *persistenţa canalului arterial.*

	Suflul venos	Frecătura pericardică	Persistenţa de canal arterial
			
Momentul apariţiei	Suflu continuu fără interval liber. Mai intens în diastolă.	Poate avea trei componente scurte, fiecare asociată cu fricţiunea produsă de dinamica cordului în sacul pericardic: (1) sistola atrială, (2) sistola ventriculară şi (3) diastola ventriculară. De obicei sunt prezente primele două componente; prezenţa tuturor celor trei componente stabileşte diagnosticul; numai una din ele (de regulă cea sistolică) se poate confunda cu un suflu.	Suflu continuu atât în sistolă cât şi în diastolă, deseori cu un interval liber în telediastolă. Mai intens în telesistolă, acoperă Z_2 şi apoi scade treptat în diastolă.
Localizare	Deasupra treimii medii a claviculelor, mai ales pe partea dreaptă.	Variabilă, dar de regulă se aude cel mai bine în al 3-lea spaţiu intercostal parasternal stâng	Al 2-lea spaţiu intercostal stâng
Iradiere	În primul şi al 2-lea spaţiu intercostal	Restrânsă	Spre clavicula stângă
Intensitate	Slab sau moderat. Poate fi obliterat prin compresia venei jugulare.	Variabilă. Se poate accentua când pacientul se apleacă în faţă, expiră şi îşi ţine respiraţia (diferit de frecătura pleurală)	De obicei puternic, uneori asociat cu freamăt
Caracter	Murmur, vuiet	Rugos, scârţâit	Aspru, de maşinărie
Frecvenţă	Joasă (se aude mai bine cu *pavilionul* stetoscopului)	Înaltă (se aude mai bine cu *membrana* stetoscopului)	Medie

CAPITOLUL

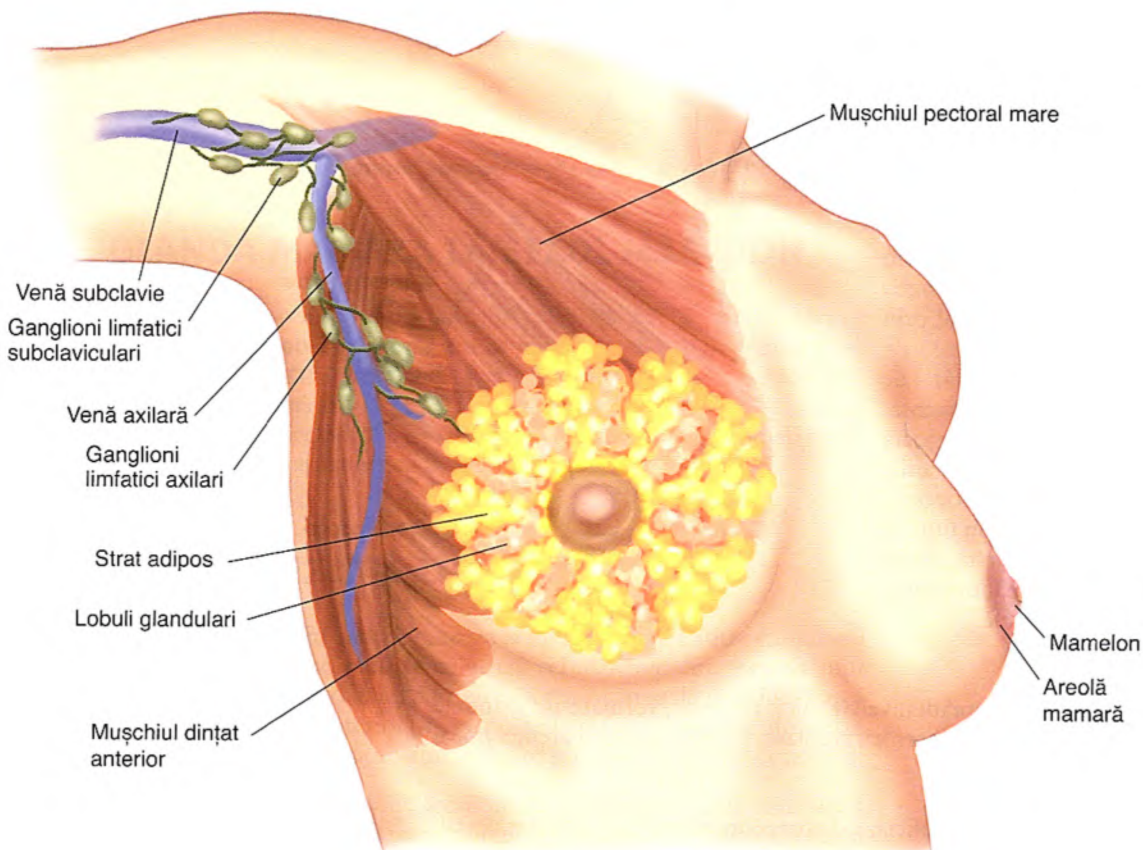
Sânul și axila

10

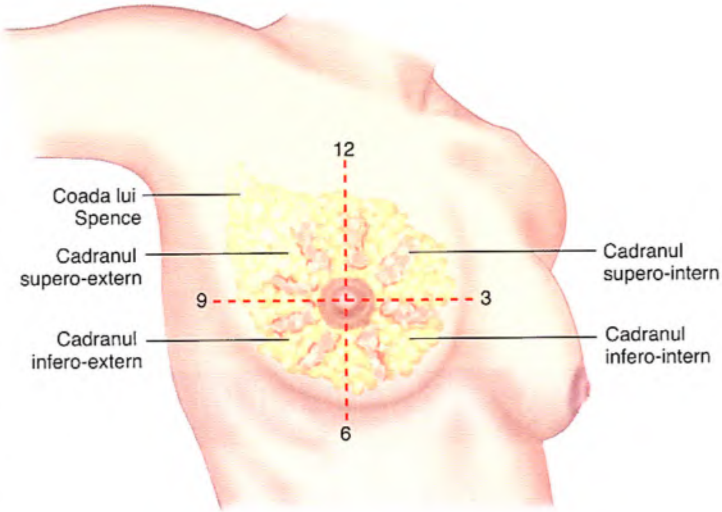
ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

GLANDA MAMARĂ LA SEXUL FEMININ

Sânul feminin este localizat pe peretele toracic anterior, întinzându-se de la claviculă și a 2-a coastă până la a 6-a coastă, și de la stern până la linia medioaxilară. Suprafața sa este mai degrabă rectangulară decât rotundă.

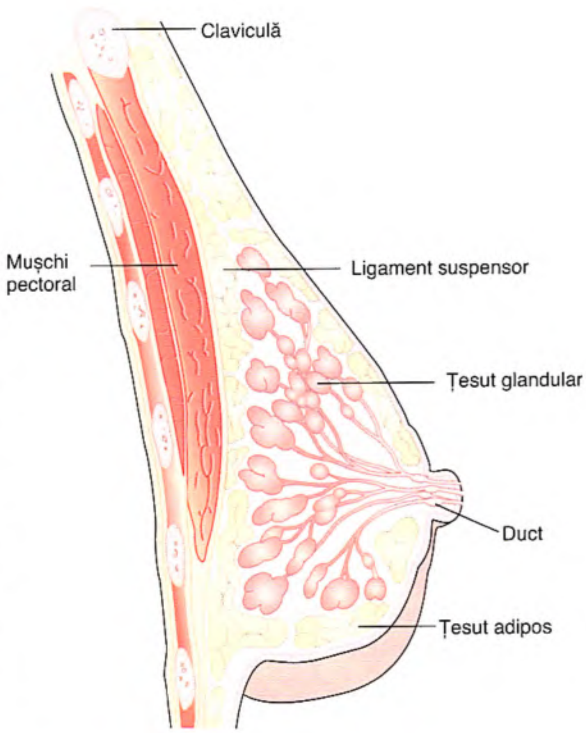


Sânul acoperă muşchiul pectoral mare, iar la marginea sa inferioară se suprapune peste muşchiul dinţat anterior.



Pentru a descrie elementele identificate clinic, sânul este împărţit în patru cadrane, rezultate prin intersecţia dintre o linie orizontală şi alta verticală la nivelul mamelonului. Există o prelungire axilară de ţesut mamar, numită „coada lui Spence", care se extinde lateral, de-a lungul pliului axilar anterior. De asemenea, descrierea constatărilor clinice poate fi realizată prin raportarea la timpul indicat pe cadranul unui ceas (de exemplu "la ora 3"), iar distanţa este apreciată în centimetri faţă de mamelon.

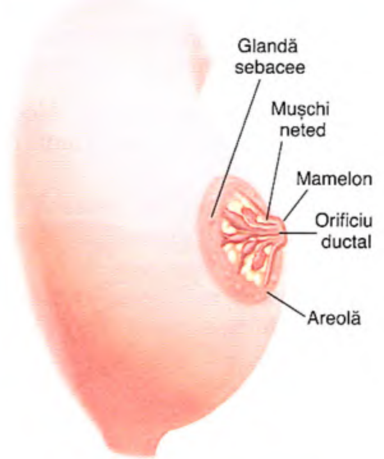
Glanda mamară este un ţesut sensibil la efectele hormonilor, care răspunde la schimbările lunare ciclice şi la cele din procesul fiziologic de îmbătrânire. *Ţesutul glandular*, reprezentat de glande tubulo-alveolare secretoare şi ducte, formează 15-20 de *lobi* septaţi dispuşi radial în jurul mamelonului. Fiecare lob este alcătuit din mai mulţi *lobuli* mai mici. Aceştia drenează în ductele galactofore şi sinusurile care se deschid la suprafaţa *areolei* sau mamelonului. *Ţesutul conjunctiv fibros* asigură suportul structural prin benzi fibroase sau ligamente de suspensie care se leagă atât de tegument cât şi de fascia subiacentă. *Ţesutul adipos* sau grăsimea înconjoară glanda mamară, şi predomină în ariile superficiale şi periferice. Proporţia acestor componente variază în funcţie de mai mulţi factori: vârstă, stare generală de nutriţie, sarcină, utilizarea de hormoni exogeni şi altele.



Suprafaţa areolei prezintă supradenivelări mici, rotunde, formate de glandele sebacee, sudoripare şi glandele accesorii areolare. Uneori, în jurul areolei pot fi prezente câteva fire de păr.

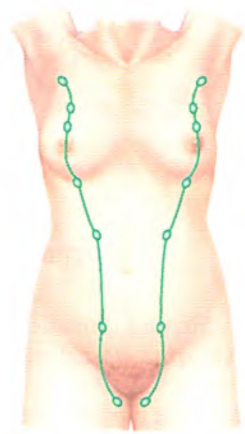
Atât mamelonul cât şi areola beneficiază de prezenţa ţesutului muscular neted, a cărui contracţie determină eliberarea laptelui din sistemul ductal în timpul

alăptării. Inervaţia senzitivă bogată, mai ales la nivelul mamelonului, declanşează "reflexul de ejecţie" produs prin stimularea neurohormonală indusă de suptul sugarului. Stimularea tactilă a zonei, inclusiv examinarea glandei mamare, determină modificări la nivelul mameloanelor – acestea devin mai mici, ferme şi erecte, în timp ce areola prezintă pliuri şi cute. Aceste reflexe musculare sunt normale şi nu trebuie interpretate eronat ca semne de boală a glandei mamare.



Glanda mamară a adultului are consistenţă moale, dar adesea poate fi granulară, nodulară sau neregulată. Această textură neregulată este normală, fiind denumită *nodularitate fiziologică*. Frecvent este prezentă bilateral. Poate fi evidentă în toată glanda mamară sau doar în anumite părţi ale acesteia. Nodularitatea se poate accentua înaintea menstrei, o perioadă în care sânii cresc în volum şi devin sensibili sau chiar dureroşi. Pentru detalii despre modificările glandei mamare din timpul adolescenţei şi sarcinii, vezi pag. 841-842 şi pag. 882.

Ocazional de-a lungul "crestei mamare" ("linia laptelui"), ilustrată în dreapta, se pot afla unul sau mai multe mameloane, numite mameloane supranumerare. De obicei, mameloanele supranumerare şi areolele corespunzătoare sunt de mici dimensiuni, şi pot fi confundate cu un nev comun. Poate exista ţesut glandular subiacent. Un mamelon supranumerar nu are semnificaţie patologică.



GLANDA MAMARĂ LA SEXUL MASCULIN

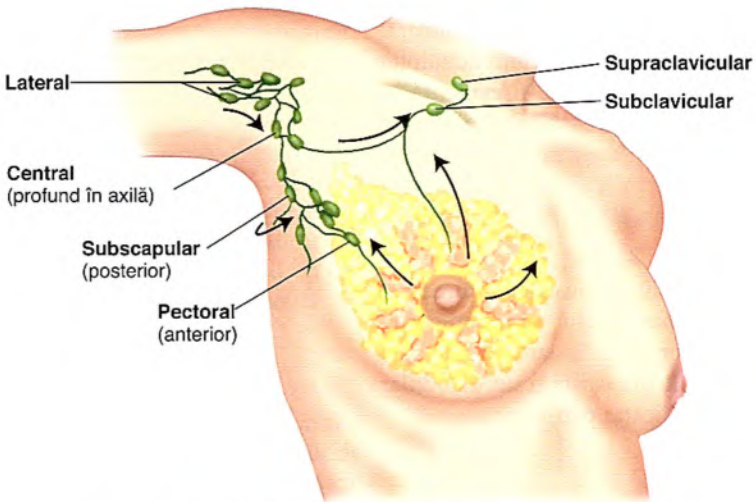
Sânul masculin este format în principal dintr-un mamelon mic şi o areolă. Aceste structuri acoperă un strat subţire de ţesut mamar nedezvoltat, alcătuit predominant din ducte. În absenţa stimulării estrogenice şi progesteronice, ramificarea ductelor şi dezvolarea lobulilor este minimă.[1] Deosebirea glandei mamare masculine de muşchii înconjurători ai cutiei toracice poate fi dificilă. La aproximativ 1 din 3 bărbaţi adulţi a fost descris un disc de ţesut mamar cu diametrul de 2 cm sau mai mare.

VASCULARIZAŢIA LIMFATICĂ

Vasele limfatice ale glandei mamare drenează la nivelul axilei. Dintre ganglionii limfatici axilari, *ganglionii centrali* se palpează cel mai frecvent. Aceştia sunt situaţi de-a lungul peretelui toracic, de obicei superior în axilă şi la jumătatea distanţei dintre pliul axilar anterior şi cel posterior. La nivelul lor drenează canalele altor trei grupe de ganglioni limfatici care sunt palpabili doar ocazional:

- *Limfoganglionii pectorali - anterior*: localizaţi de-a lungul marginii inferioare a muşchiului pectoral mare, în interiorul pliului axilar anterior. Aceştia drenează limfa de la peretele toracic anterior şi din cea mai mare parte a glandei mamare.

- *Limfoganglionii subscapulari - posterior*: localizaţi de-a lungul marginii laterale a scapulei; sunt palpabili la nivel profund în pliul axilar posterior. Colectează limfa de la peretele toracic posterior şi o parte a braţului.
- *Limfoganglionii laterali* - localizaţi *de-a lungul extremităţii superioare a humerusului*. Drenează limfa din cea mai mare parte a braţului.



SĂGEŢILE INDICĂ DIRECŢIA FLUXULUI LIMFATIC

Direcţia fluxului limfatic este de la ganglionii axilari centrali către cei *subclaviculari* şi *supraclaviculari*.

Nu toate vasele limfatice ale glandei mamare drenează în axilă. Celulele maligne de la nivelul unui cancer de sân pot disemina direct în ganglionii subclaviculari sau în canalele profunde toracice.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Nodul sau formaţiune la nivelul glandei mamare
- Durere sau disconfort al sânului
- Scurgeri mamelonare

Întrebările despre glandele mamare la pacienta de sex feminin pot fi incluse în anamneză sau amânate până la efectuarea examenului fizic. Întrebaţi " Vă examinaţi sânii?" ... " Cât de des?" Pentru o femeie aflată în perioada reproducătoare, întrebaţi în ce perioadă a ciclului menstrual îşi examinează sânii: auto-examinarea este optimă atunci când stimularea estrogenică este minimă, la aproximativ 5-7 zile de la debutul menstruaţiei. Întrebaţi pacienta dacă prezintă *disconfort, durere* sau *noduli* la nivelul sânilor. Aproximativ 50% din femei

Nodulii pot fi formaţiuni fiziologice sau patologice, şi variază de la chisturi şi fibroadenoame până la cancer mamar. Vezi Planşa 10-1, Formaţiuni mamare frecvent întâlnite (pag. 413) şi Planşa 10-2, Semne vizibile ale cancerului de sân (pag. 414).

prezintă formațiuni sau noduli palpabili, iar mărirea și creșterea sensibilității sânilor este des întâlnită în perioada premestruală.[2] Dacă pacienta raportează prezența unor noduli sau a unei formațiuni, întrebați despre localizarea precisă, momentul apariției și orice schimbare a dimensiunii sau altă variație apărută în timpul ciclului menstrual. Întrebați despre orice modificare a conturului sânilor, depresiuni, tumefieri sau pliuri ale tegumentului care acoperă sânii.

Investigați orice *scurgere de la nivel mamelonar* și momentul apariției. Apare la compresia mamelonului sau este spontană? Hipersecreția fiziologică este observată în sarcină, lactație, stimularea peretelui toracic, somn, sau situații stresante. Dacă secreția este spontană, care este culoarea, consistența și cantitatea acesteia? Culoarea este lăptoasă, brună, verzuie, sau cu urme de sânge? Întrebați dacă scurgerea este uni- sau bilaterală.

Galactoreea, sau secreția inadecvată a fluidului care conține lapte, este anormală dacă survine la mai mult de 6 luni post-partum sau de la încetarea alăptatului.

PROFILAXIE ȘI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Mase palpabile la nivelul glandei mamare
- Evaluarea riscului de cancer de sân
- Screening-ul cancerului de sân

Generalități

Femeile pot prezenta o gamă largă de schimbări ale consistenței și sensibilității țesutului mamar, de la nodularitatea și tumefierea apărute ciclic, până la formațiuni sau mase bine delimitate. Examinarea sânului oferă medicului șansa de a explora subiecte importante legate de sănătatea femeii: conduita care se impune dacă este detectat un nodul sau o formațiune, factorii de risc pentru cancerul de sân, măsuri de screening precum auto-examinarea sânilor, examinarea clinică a sânilor (ECS) de către un clinician experimentat și mamografia. Femeile vor solicita frecvent informații în timpul consultului.

Mase palpabile și simptome la nivelul glandei mamare. Cancerul de sân apare la 4% din femeile cu acuze la nivelul sânilor, la 5% din cele care raportează o scurgere mamelonară, și la 11% din cele care raportează prezența specifică a unei mase sau formațiuni nodulare.[1,2] Formațiunile mamare au etiologie foarte variată, de la fibroadenoame și chisturi observate la femeile tinere, la abcese sau mastite, și până la cancer de sân. La evaluarea inițială, vârsta pacientei și caracteristicile fizice ale formațiunii oferă indicii despre etiologie, așa cum se observă în tabelul următor Mase Palpabile ale Sânului, dar trebuie stabilit diagnosticul de certitudine. Toate formațiunile mamare necesită o evaluare atentă.

Evaluarea riscului de cancer de sân. Femeile manifestă un interes tot mai mare față de informațiile despre cancerul de sân. Medicii trebuie să fie familiarizați cu literatura de specialitate privitoare la epidemiologia și factorii de risc pentru cancerul de sân care argumentează recomandările de screening. Volumul de față prezintă informații cheie, dar lecturile adiționale vă vor îmbunătăți consilierea oferită pacientelor.

Mase palpabile ale sânului

Vârstă	Afecţiuni frecvente	Caracteristici
15–25	Fibroadenom	De obicei masă fină, rotundă, mobilă şi nedureroasă
25–50	Chist	De obicei moale sau ferm, rotund, mobil, adeseori sensibil
	Modificări fibrochistice	Consistenţă nodulară, similară unei frânghii
	Cancer	Consistenţă neregulară, stelată, fermă, fără delimitare clară faţă de ţesuturile înconjurătoare
Peste 50	Cancer până la proba contrarie	Idem mai sus
Sarcină/lactaţie	Adenoame de lactaţie, chisturi, mastită sau cancer	Idem mai sus

Adaptat după Schultz MZ, Ward BA, Reiss M. Breast diseases. În Noble J, Greene HL, Levinson W, et al (eds). Primary Care Medicine, 2nd ed. St. Louis, Mosby, 1996. Vezi şi Venet L, Strax P, Venet W, et al. Adequacies and inadequacies of breast examinations by physicians in mass screenings. Cancer 28(6):1546-1551, 1971.

Cancerul de sân - detalii şi cifre. Cancerul de sân este cea mai răspândită formă de cancer printre femeile din întreaga lume, reprezentând mai mult de 10% din cancerele apărute la femei. În Statele Unite, o femeie născută în prezent are un risc de 12% sau 1 din 8 să dezvolte cancer de sân pe parcursul vieţii.[3] Probabilitatea diagnosticului în următorii 10 ani creşte cu fiecare decadă.[4]

Probabilitatea corelată cu vârsta de a dezvolta cancer de sân invaziv*

Vârsta actuală	Probabilitatea de a dezvolta cancer de sân în următorii 10 ani	sau 1 în
20	0,05%	1,837
30	0,43%	234
40	1,43%	70
50	2,51%	40
60	3,51%	28
70	3,88%	26
Riscul pe parcursul vieţii	12,28%	8

*La persoanele fără cancer la începutul intervalului de vârstă. Cifre bazate pe cazuri diagnosticate în intervalul 2002-2004. Procentajele şi numerele "1 în" pot să nu fie echivalente numeric deoarece au fost rotunjite.

(Sursă: American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2007-2008, p.11. Disponibil la: http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf. Accesat la 20 octombrie, 2007).

Cancerul de sân este a doua cauză principală de mortalitate la femei, având cele mai ridicate rate de mortalitate la femeile cu vârste ≤35 ani sau peste 75 de ani. Există câteva tendințe care trebuie reținute.[3]

- *Scăderea numărului de noi cazuri de cancer de sân invaziv.* Începând cu anul 2000, numărul cazurilor noi de cancer de sân invaziv a scăzut, fapt explicat de doi factori principali: reducerea screening-ului prin mamografie, care duce la subdiagnosticare sau diagnosticare tardivă mai degrabă decât la o scădere reală a incidenței bolii; și scăderea utilizării terapiei de substituție hormonală (THS).[5]

- *Cancer de sân cu apariție mai precoce și în stadiu mai avansat la femeile afro-americane.* Femeile afro-americane au o incidență mai mare a cancerului de sân la vârste sub 40 de ani și au probabilitate mai mare de a fi diagnosticate cu tumori mari și de a deceda prin cancer de sân la orice vârstă. Diferența dintre ratele de deces pentru femeile caucaziene și cele afro-americane a crescut începând cu anul 1980. În 2004 rata mortalității prin cancer de sân era cu 36% mai ridicată în cazul femeilor afro-americane, comparativ cu cele de rasă albă. Analiza ratelor de supraviețuire dependente de stadiu a arătat că în rândul femeilor afro-americane există mai puține cazuri de boală în stadiu incipient în fiecare grup de vârstă, cu excepția celor de peste 65 de ani. Acest fapt sugerează că companiile de asigurare pot contribui la îmbunătățirea accesului la îngrijire și tratament. Medicii trebuie să ofere informații pertinente și screening mamografic femeilor afro-americane începând de la vârste mai tinere. Asigurările medicale ar trebui să acopere costurile îngrijirii și screening-ului mai timpuriu.[6] Efectuarea mamografiei la femeile afro-americane începând cu vârsta de 40 ani detectează doar 83,6% din cancerele de sân, comparativ cu 93,3% pentru femeile de rasă albă.[7]

Evaluarea factorilor de risc pentru cancerul de sân. Au fost identificați atât *factori de risc modificabili* cât și *nemodificabili* pentru cancerul de sân, conform tabelului de la pag. 396. Mulți dintre acești factori nu pot fi modificați, precum: vârsta, istoricul familial, vârsta primei sarcini ajunse la termen, menarha timpurie, menopauza târzie și densitatea mamară.[3] Alții pot fi modificați, deși aceștia tind să confere un risc relativ mai redus: obezitatea postmenopauză, utilizarea THS, consumul de alcool și sedentarismul. Trebuie reținut că alăptarea reduce riscul, mai ales dacă s-a realizat timp îndelungat. Utilizarea contraceptivelor crește ușor riscul. Un factor de risc mai puternic îl reprezintă utilizarea combinației estro-progestative în cadrul THS. Tabelul de pe pagina următoare din raportul Societății Americane de Oncologie " Fapte și cifre în cancerul de sân 2007-2008"[3] rezumă influența factorilor de risc actuali.

Stabilirea riscului de cancer de sân al pacientei. După efectuarea anamnezei și examinarea atentă a sânilor, medicul trebuie să evalueze riscurile pentru cancerul de sân conform probabilității corelate cu decada de vârstă (vezi pag. 394) și/sau utilizând Instrumentele de evaluare a riscului pentru cancer de sân (Breast Cancer Risk Assessment Tool) (denumit Modelul Gail)[8,9] (vezi http://brca.nci.nih/gov/brc/start/htm).

Această metodă de analiză înglobează factori de risc precum vârsta, rude de gradul întâi cu cancer de sân, biopsii de sân anterioare și prezența hiperplaziei (vezi pag. 397), vârsta la care s-a instalat menarha și vârsta la prima naștere.

• Cancerul de sân la femei: factori care măresc riscul relativ

Risc Relativ	Factori
>4,0	• Sex feminin • Vârsta (65+ versus <65, deşi riscul creşte odată cu vârsta până la 80 de ani) • Anumite mutaţii genetice ereditare pentru cancerul de sân (BRCA 1 şi/ sau BRCA2) • Două sau mai multe rude de gradul întâi diagnosticate cu cancer de sân la vârste tinere • Istoric personal de cancer de sân • Densitate mare a ţesutului mamar • Hiperplazie atipică confirmată prin biopsie
2,1–4,0	• O rudă de gradul întâi cu cancer de sân • Doză mare de radiaţii la nivelul toracelui • Densitate osoasă crescută (postmenopauză)
1,1–2,0 Factori care influenţează hormonii circulanţi	• Vârstă înaintată la prima sarcină la termen (>30 de ani) • Menarhă instalată precoce (<12 ani) • Menopauză târzie (>55 de ani) • Nici o sarcină ajunsă la termen • Nici o alăptare la sân • Utilizarea recentă de contraceptive orale • Utilizarea recentă şi pe termen lung a terapiei de substituţie hormonală • Obezitate (postmenopauză)
Alţi factori	• Istoric medical de cancer endometrial, ovarian sau de colon • Consumul de alcool • Înălţimea (crescută) • Statut socio-economic ridicat • Origine evreiască

Adaptat cu permisiunea Hulka et al. 2001.

(Sursă: American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2007-2008, p.10. Disponibil la: http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf. Accesat la 20 octombrie, 2007).

Se consideră că pacienta nu are istoric de cancer de sân şi a beneficiat de screening anual. Pentru femeile care au rude de gradul al doilea cu cancer de sân, pe linie maternă sau paternă, se poate utiliza modelul Claus.[10] Nici unul din cele două modele, Claus şi Gail, nu include factori de risc precum densitatea mamară, nivelurile plasmatice de estradiol neconjugat, densitatea osoasă, creşterea în greutate postmenopauză, sau raportul talie-şold. Modelul Gail prezice cu acurateţe numărul cazurilor de cancer de sân care vor apărea într-o populaţie dată, dar este mai puţin precis în a determina dacă o anumită persoană va fi afectată (vezi http://astor.jhmi.edu/brcapro).[11,12]

Factori de risc selectivi care influenţează decizia de screening

Mutaţiile BRCA1 şi 2. Este important să se înceapă evaluarea riscului de cancer de sân al unei femei chiar de la vârsta de 20 ani. Femeile de toate vârstele trebuie întrebate dacă există un istoric familial de cancer de sân sau de ovar, sau ambele, atât din partea maternă cât şi paternă. Aproximativ 5-10% din femei prezintă un risc genetic de mutaţie a genei BRCA1 sau BRCA2. Aceste gene sunt autozomal dominante. Femeile cu aceste mutaţii au un risc estimativ de 65% (BRCA1), respectiv 45% (BRCA2), de a dezvolta cancer de sân înainte de vârsta de 70 de ani.[3] Pentru a identifica pacientele care necesită testare genetică sunt recomandate două strategii, detaliate în tabelul de mai jos.[13]

CRITERII PENTRU IDENTIFICAREA FEMEILOR CU RISC DE MUTAŢII BRCA1 SAU BRCA2

- Prin utilizarea calculatorului de risc disponibil la http://astor.som.jhmi.edu/brcapro/, se determină dacă riscul pentru mutaţii BRCA1 sau 2 este de cel puţin 10%
- Descoperirea unuia dintre următorii factori de risc:
  - Rudă de gradul întâi cu o mutaţie BRCA1 sau 2 cunoscută.
  - ≥2 rude diagnosticate cu cancer de sân înainte de 50 de ani şi ≥1 este o rudă de gradul întâi
  - ≥3 rude diagnosticate cu cancer de sân şi ≥1 apărută înainte de 50 de ani
  - ≥2 rude cu diagnostic de cancer ovarian
  - ≥1 rudă cu diagnostic de cancer de sân şi ≥1 cu cancer ovarian

(Sursă: Fletcher SW, Elmore JG. Mammographic screening for breast cancer. N Engl J Med 348[14]:1672-1680, 2003).

Afecţiuni benigne ale sânului. Mamogramele determină o creştere a numărului de biopsii mamare, iar medicii cunosc deja efectele afecţiunilor mamare benigne asupra riscului ulterior de cancer de sân.[1,14] În cadrul unei decade de screening anual, 20% din femei au efectuat o biopsie mamară.[15] Se crede că leziunile mamare evoluează într-o manieră oarecum liniară, de la hiperplazie ductală obişnuită, la hiperplazie atipică şi ulterior până la stadii patologice ale carcinomului ductal in situ (CDIS) şi cancer invaziv. Aceste afecţiuni sunt acum clasificate în funcţie de gradul de proliferare celulară observat la biopsie şi de riscul pentru cancer de sân. Femeile cu atipie celulară au probabilitate mai mare pentru un istoric familial puternic de cancer de sân (aproximativ 28% versus 20%). În cazul lor, riscul creşte când atipia este diagnosticată la vârste tinere. Studiile actuale arată că nu există o creştere a riscului pentru femeile cu formaţiuni neproliferative şi fără istoric familial de cancer de sân.

Riscul pentru cancer de sân și histologia leziunilor mamare benigne[1,14]

- *Nici o creştere a riscului,* risc relativ de aprox. 1,3 — *Modificări neproliferative:* chisturi, ectazie ductală, hiperplazie uşoară, fibroadenoame simple, mastită, granuloame, mastopatie diabetică
- *Risc uşor crescut* sau un risc relativ de 1,5-2,0 — *Modificări proliferative fără atipie celulară:* hiperplazie ductală uzuală, fibroadenoame complexe, papiloame
- *Risc moderat crescut sau* sau un risc relativ >2,0 până la aprox. 4,2 — *Modificări proliferative cu atipie:* hiperplazie ductală atipică şi hiperplazie lobulară atipică

Densitatea mamară. Densitatea ţesutului mamar determinată mamografic este considerată ca fiind "cel mai subevaluat şi puţin utilizat factor de risc" în studiile privind cancerul de sân.[16] Acesta este un factor de risc puternic, independent, chiar şi după ajustarea influenţei altor factori de risc, şi are o caracteristică importantă, aceea de a "fi prezent în ţesutul din care provine cancerul de sân."[17] Ţesuturile stromal şi epitelial apar luminoase şi dense radiologic, demonstrând o proporţie mai mare de ţesut stromal, glandular şi ductal, precum şi hiperplazie ductală atipică. Unul dintre mecanismele presupuse este proliferarea celulelor epiteliale mamare şi fibroza stromală ca răspuns la acţiunea factorilor de creştere induşi de hormonii sexuali circulanţi.

O analiză a studiilor care cuantifică densitatea mamară a arătat că femeile cu densitate radiologică în 60% până la 75% din volumul sânului au un risc de 4-6 ori mai mare pentru cancer de sân decât femeile care nu prezintă densitate mamară.[16] Densitatea mamară poate constitui până la 30% din riscul pentru cancer de sân şi are o componentă ereditară puternică.[18] Deocamdată nu s-a stabilit dacă densitatea mamară este asociată cu creşterea riscului pentru cancer de sân la femeile cu niveluri sanguine crescute de estrogeni, estradiol liber şi testosteron, care se metabolizează la estronă şi estradiol.[1,19]

Densitatea mamară afectează sensibilitatea şi specificitatea mamogramelor, scăzând de la 88% şi respectiv 96% la femeile cu ţesut mamar predominant adipos, la valori de 62% şi respectiv 89% la femeile cu densitate mamară extremă.[16] Sensibilitatea şi specificitatea sunt mai reduse la femeile tinere care folosesc THS, fapt care a impus recomandarea ca rapoartele mamografice să includă observaţii despre densitatea mamară care pot influenţa deciziile privind administrarea THS.

Recomandări pentru screening-ul cancerului de sân și chimioprevenție

Screening-ul individualizat pentru BRCA1 şi BRCA2. Discuţiile despre factorii de risc ai cancerului de sân pot începe la orice vârstă. Screening-ul trebuie aplicat la toate femeile, indiferent de vârstă, atât pentru factorii generali de risc cât şi pentru identificarea mutaţiilor BRCA1 şi 2, utilizând metodele de mai sus. De asemenea evaluaţi istoricul familial de cancer ovarian.

Mamografia

Femeile cu vârsta între 40 şi 50 de ani. Utilizarea *mamografiei* la femeile asimptomatice din această grupă de vârstă este controversată din mai multe cauze: sensibilitatea şi specificitatea redusă a metodei, posibil corelată cu densitatea mamară; creşterea riscului de rezultate fals-pozitive şi a numărului de biopsii consecutive; dificultatea individualizării riscurilor şi beneficiilor; şi variaţiile în valorile şi preferinţele individuale. Cele mai multe asociaţii profesionale, inclusiv Societatea Americană de Oncologie şi Centrul de Medicină Preventivă din SUA, au aprobat efectuarea mamografiei o dată la 1 sau 2 ani pentru femeile de 40 de ani. Dovezile actuale sugerează o reducere cu 15% a mortalităţii prin cancer de sân după o urmărire de 14 ani, deşi intervalurile de încredere din jurul acestei cifre sunt largi.[20] Un referat recent al Colegiului American al Medicilor (American College of Physicians) susţine discuţiile individualizate ale factorilor de risc şi beneficiilor în acest grup de vârstă. *Luarea deciziilor în comun* este deosebit de importantă pentru acest grup de vârstă, din cauza riscurilor şi beneficiilor variabile, care se pot situa între 0,4% pentru femeile fără factori de risc, şi până la 6% dacă există mai mulţi factori de risc.[13,20]

Femeile cu vârsta peste 50 de ani. Screening-ul mamografic reduce cu 15-35% mortalitatea prin cancer de sân la femeile cu vârste între 50-70 de ani.[3] Toţi specialiştii recomandă mamografii anuale pentru această grupă de vârstă. Mamografia detectează 80% până la 90% din cancerele de sân la femeile asimptomatice şi are o specificitate de 90%. Screening-ul trebuie continuat la femeile cu vârstă peste 70 de ani numai după luarea în considerare a speranţei de viaţă şi a stării de sănătate. (vezi Cap. 20, Adultul vârstnic, pag. 909-921). Comunicaţi pacientelor faptul că un rezultat neclar la mamografie necesită revenirea la cabinet pentru o nouă examinare, iar un rezultat anormal poate impune efectuarea unei biopsii.[21] Mamografia digitală are acurateţe crescută, mai ales pentru femeile tinere sau cele cu densitate mamară crescută.[22]

Examinarea clinică a sânilor (ECS). Societatea Americană de Oncologie recomandă efectuarea unui *examen clinic al sânilor* la fiecare 3 ani pentru femeile cu vârste între 20-40 de ani şi anual după 40 de ani. Alte asociaţii profesionale consideră că beneficiile dovedite sunt insuficiente pentru a susţine o recomandare definitivă.[3] Sensibilitatea şi specificitatea ECS sunt de 54% respectiv 94% şi depind de tehnica examinatorului.[2] Nu s-a demonstrat clar că examinarea clinică a sânilor reduce mortalitatea, de aceea această metodă trebuie asociată cu mamografia.

Auto-examinarea sânilor (AES). Societatea Americană de Oncologie nu mai recomandă auto-examinarea lunară. Deşi AES nu îmbunătăţeşte detectarea cancerului de sân, creşte gradul de auto-conştientizare, iar medicii trebuie să ofere femeilor interesate informaţii despre tehnica corectă a AES. Auto-examinarea lunară, efectuată la 5-7 zile de la debutul menstrei, poate fi explicată femeilor şi însuşită încă de la vârsta de 20 de ani. (Vezi AES - Instrucţiuni pentru pacient, pag. 410).

Rezonanţa magnetică nucleară (RMN). Câteva studii recente au evaluat utilizarea *RMN-ului mamar* la femeile cu risc crescut de cancer de sân, femeile tinere, cele cu densitate mamară şi în cazul sânului controlateral la femeile cu cancer de sân nou diagnosticat. În aceste grupuri, RMN-ul sânului a ajutat la îmbunătăţirea detectării cancerului multicentric sau controlateral înaintea luării deciziei privind strategiile de păstrare a sânului sau iniţiere a regimurilor terapeutice.[23-25] Cu toate acestea, costul investigaţiei este crescut, iar

specificitatea este de 70% până la 90%, determinând un număr mai mare de rezultate fals pozitive, rechemări şi biopsii.[3,13,21] Expertiza interpretării RMN-ului şi a biopsiilor RMN-ghidate, un adjuvant important al acestei tehnici, nu este întâlnită pe scară largă. De asemenea, RMN-ul nu a fost evaluat ca metodă de screening pentru populaţia generală. În prezent Societatea Americană de Oncologie recomandă RMN mamar pentru femeile cu risc crescut de-a lungul vieţii, sau cu un risc de minim 20%.[3] Femeile cu un risc moderat de-a lungul vieţii sau un risc între 15-20% sunt încurajate să discute beneficiile şi dezavantajele metodei cu medicii lor. Criteriile pentru clasificarea riscurilor sunt prezentate mai jos.

Criterii pentru clasificarea riscului de cancer de sân şi recomandarea RMN mamar

Risc crescut, sau între 20-25%	Risc moderat sau între 15-20%
• Mutaţie BRCA1 sau 2 cunoscută • Rude de gradul întâi, inclusiv tatăl sau fratele, cu mutaţii BRCA1 sau 2, dar femeile nu au fost testate	• Istoric de cancer de sân, carcinom ductal sau lobular in situ, hiperplazie ductală sau lobulară atipică
• Risc de 20-25% de-a lungul vieţii, utilizând instrumentele de evaluare • Istoric de iradiere a toracelui la vârste între 10 şi 30 de ani • Prezintă sindrom genetic de risc ridicat sau o rudă de gradul întâi cu acest sindrom	• Glandă mamară extrem de densă sau densitatea neregulată la mamografie

(Sursă: American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2007-2008, p.13-14. Disponibil la: http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf. Accesat la 20 octombrie, 2007).

Chimioprevenţia. Din 2002, Centrul de Medicină Preventivă din SUA recomandă discutarea avantajelor chimioprevenţiei cu modulatori ai receptorilor estrogenici la femeile cu risc crescut de cancer de sân şi risc redus de reacţii adverse, dar este împotriva utilizării de rutină ca măsură primară de prevenţie la femeile cu risc mediu sau redus. Au fost descoperite dovezi substanţiale că aceşti modulatori reduc incidenţa cancerului de sân cu receptori estrogenici.[3,26-28] Medicii trebuie să consulte permanent datele despre riscurile şi beneficiile acestor medicamente pentru femeile care prezintă risc crescut de a dezvolta cancer de sân în următorii 5 ani. Centrul de Medicină Preventivă subliniază faptul că raportul beneficiu - risc este mai favorabil pentru femeile între 40-60 de ani cu risc crescut şi fără predispoziţie pentru evenimente tromboembolice, cât şi pentru femeile histerectomizate cu vârsta între 50-60 de ani. Pentru riscul ridicat studiile cheie utilizează valoarea de 1,66 obţinută prin modelul Gail; totuşi modelul Gail revizuit se adresează prevenţiei cancerelor invazive şi non-invazive, dar nu face diferenţa între riscurile cancerului cu receptori estrogenici şi cel fără receptori estrogenici.[29,30] *Mastectomia bilaterală profilactică* este recomandată pentru femeile cu risc genetic foarte ridicat.

Consilierea pacientelor cu privire la cancerul de sân

Provocările comunicării riscurilor şi beneficiilor. Screening-ul şi opţiunile de prevenire a cancerului de sân devin tot mai complexe, iar medicii trebuie să prezinte statisticile privind riscurile şi beneficiile în termeni uşor de înţeles pentru paciente. Trunchierea datelor, sau expunerea aceleiaşi informaţii în termeni de beneficiu crescut sau risc scăzut, este unul dintre modurile de prezentare a datelor care poate compromite consimţământul informat. Pentru a uşura înţelegerea, Elmore recomandă ca în locul prezentării unui risc de 1,1% de a dezvolta cancer de sân în următorii 5 ani, conform modelului Gail, să se explice pacientei că doar 11 din 1000 de femei vor avea acest diagnostic.[15] De asemenea, pentru pacienţi noţiunea de risc absolut poate fi preferabilă celei de risc relativ. În loc să afirmăm că 379 din 6061 de femei cu afecţiuni mamare neproliferative dezvoltă cancer de sân, comparativ cu un număr preconizat de 298, ceea ce duce la un risc relativ de 1,27, este mai clar să utilizăm riscul absolut. Din 100 de femei cu afecţiuni mamare neproliferative, monitorizate pe o perioadă de 15 ani, 6 au dezvoltat cancer de sân, comparativ cu 5 din populaţia generală.

Pagini de internet pentru informarea privind cancerul de sân. Încurajaţi pacientele să se informeze din surse recomandate despre cancerul de sân, pentru a face alegeri în cunoştinţă de cauză în timpul luării în comun a deciziilor.[21]

PAGINI DE INTERNET DESPRE CANCERUL DE SÂN

Calcularea riscului unui diagnostic de cancer de sân şi a mortalităţii la nivel individual:

http://brca.nci.nih.gov/brc/start.htm (modelul Gail)

http://astor.som.jhmi.edu/brcapro (modelul Gail, modelul Claus şi un model care prezice probabilitatea de a avea o mutaţie BRCA1 sau BRCA2)

http://yourcancerrisk.harvard.edu/

Lecţii pentru auto-examinarea cancerului de sân

http://www.komen.org/bse

http://www.breastselfexam.ca

Ghiduri naţionale pentru screeningul cancerului de sân

http://www.guidelines.gov

Studii clinice randomizate privind noi modalitaţi în screeningul cancerului de sân

http://www.clinicaltrials.gov

http://www.acrin.org/current_protocols.html

(Sursă: Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD et al. Screening for breast cancer. JAMA 293[10]:1245-1256, 2005, P. 1252).

TEHNICI DE EXAMINARE

SÂNUL LA FEMEIE

Examinarea clinică a sânului este o componentă importantă a îngrijirii sănătăţii la femei: creşte detectarea cancerelor de sân pe care mamografia nu le sesizează şi oferă ocazia de a demonstra pacientei tehnicile de auto-examinare. Totuşi, cercetările clinice au arătat că variaţiile în experienţa şi tehnica examinatorului afectează calitatea examinării clinice a sânului. Se recomandă clinicienilor să aplice o tehnică standardizată, în special pentru palpare, şi să utilizeze un model de căutare sistemică şi minuţioasă, variind presiunea palpării şi folosind mişcări circulare cu buricele degetelor.[2] Aceste tehnici vor fi discutate detaliat în paginile următoare. Inspecţia este o practică de rutină, dar valoarea ei în depistarea cancerului de sân este insuficient studiată.

Factorii de risc pentru cancerul de sân includ : cancer de sân în antecedente, mamă sau soră cu cancer de sân, biopsie care arată hiperplazie atipică, vârstă avansată, menarhă timpurie, menopauză târzie, sarcini la vârste avansate sau absenţa sarcinilor, şi iradierea peretelui toracic în antecedente. Vezi tabelul despre cancerul de sân la femei: Factori care măresc riscul relativ, pag. 396.

Când începeţi examinarea sânilor, ţineţi cont că femeile şi fetele pot fi reticente. Adoptaţi o manieră liniştitoare, amabilă şi blândă. Înainte de a începe, avertizaţi pacienta că îi veţi examina sânii. Este un moment potrivit pentru a întreba dacă a observat vreun nodul sau alte probleme şi dacă practică o auto-examinare lunară. În caz contrar, învăţaţi-o tehnica de examinare corectă şi urmăriţi cum repetă etapele examinării după dumneavoastră, pentru a oferi corecţii ajutătoare unde este necesar.

Vezi Instrucţiuni pentru pacient privind auto-examinarea sânilor, pag. 410

Iniţial, o inspecţie corectă necesită expunerea completă a sânilor, dar ulterior de-a lungul examinării veţi acoperi un sân în timp ce îl palpaţi pe celălalt. Deoarece înainte de perioada menstruală există un grad de tumefiere şi creştere a nodularităţii sânilor datorită stimulării estrogenice crescute, momentul optim pentru examinarea lor este la 5-7 zile *după* debutul menstrei. Nodulii apăruţi în timpul fazei premenstruale trebuie reevaluaţi în acest moment.

Inspecţia

Inspectaţi sânii şi mameloanele când pacienta stă aşezată şi descoperită până la talie. O examinare completă a sânilor include observarea atentă a modificărilor tegumentare, simetriei, contururilor şi retracţiei din patru poziţii: cu braţele situate de-a lungul corpului, ridicate deasupra capului, sprijinite pe coapse, şi cu trunchiul aplecat înainte. Când examinaţi o adolescentă, evaluaţi dezvoltarea sânilor conform Stadiilor Tanner pentru maturizarea sexuală, descrise în pag. 842.

Braţele situate de-a lungul corpului. Observaţi caracteristicile clinice enumerate mai jos.

- *Aspectul tegumentului*, inclusiv:
  - Culoarea
  - Îngroşarea tegumentului şi porii neobişnuit de proeminenţi care pot însoţi obstrucţia limfatică

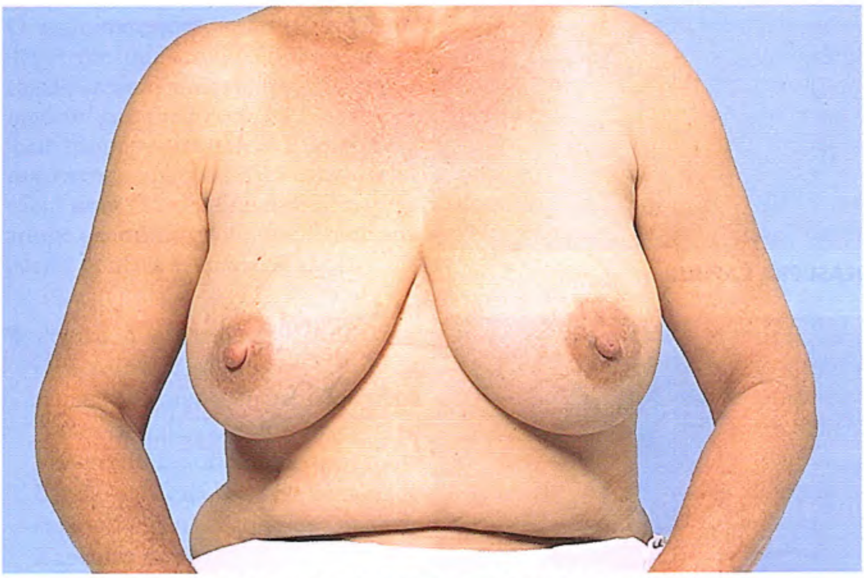
Eritemul poate fi cauzat de o infecţie locală sau un carcinom inflamator.

Îngroşarea şi porii proeminenţi sugerează cancer de sân.

- *Mărimea și simetria sânilor.* Unele diferențe în dimensiunile sânilor, inclusiv ale areolelor, sunt obişnuite şi de obicei normale, după cum se observă în fotografia de mai jos.

- *Conturul sânilor.* Observaţi modificări cum ar fi prezenţa unor formaţiuni, depresiuni sau aplatizări. Comparaţi ambele părţi.

Aplatizarea formei convexe normale a sânului sugerează cancer de sân. Vezi Planşa 10-2, Semne vizibile ale cancerului de sân (pag. 414).



BRAŢELE SITUATE DE-A LUNGUL CORPULUI

- *Caracteristicile mameloanelor*, inclusiv *mărimea* şi *forma*, *direcția*, orice *eritem* sau *ulcerație*, sau eventuale *scurgeri*.

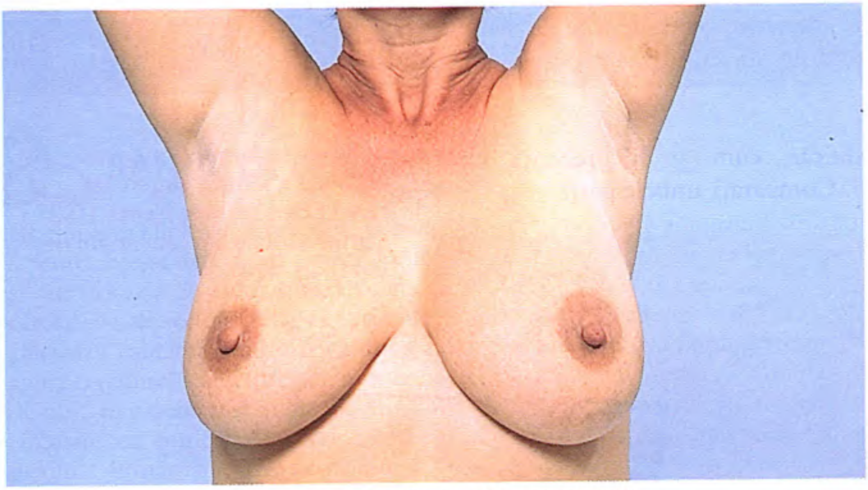
Asimetria direcţiilor mameloanelor sugerează un cancer subiacent. Eritemul sau ulceraţia sugerează boala Paget a sânului[31] (pag. 414).

Ocazional, forma mamelonului este *inversată*, sau invaginată sub suprafaţa areolară. Poate fi înconjurat de pliuri areolare, ca în figura alăturată. Invaginarea pe termen lung este o variantă normală, fără consecinţe clinice, cu excepţia posibilei dificultăţi la alăptare.



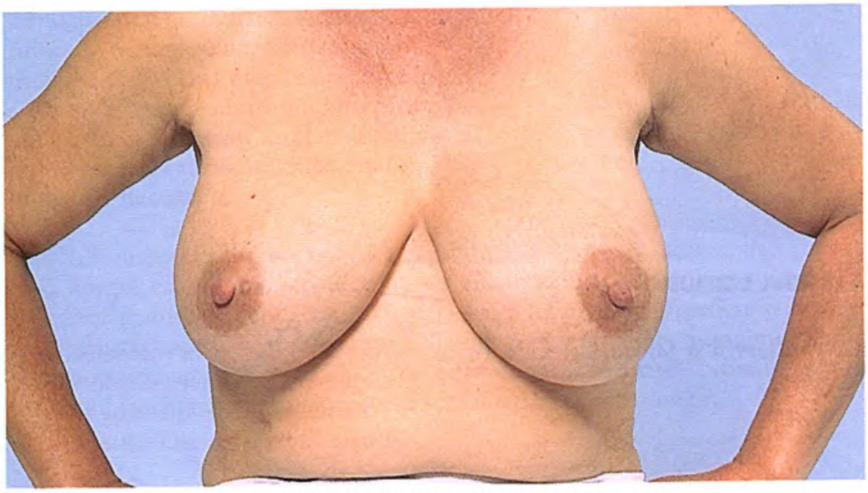
Aplatizarea sau invaginarea recentă sau fixă a mamelonului sugerează retracţie mamelonară. Un mamelon retractat poate fi lărgit şi îngroşat, sugerând cancer.

Braţele ridicate deasupra capului; mâinile aşezate pe şold; trunchiul aplecat înainte. Pentru a evidenţia depresiunile sau retracţiile care altfel pot fi invizibile, rugaţi pacienta să ridice mâinile deasupra capului, apoi să apese mâinile aşezate pe şolduri pentru a contracta muşchii pectorali. Inspectaţi cu atenţie conturul sânilor în fiecare poziţie. Dacă sânii sunt mari sau pendulari poate fi util ca pacienta aflată în ortostatism să aplece trunchiul înainte, sprijinindu-se de spătarul scaunului sau de mâinile examinatorului.



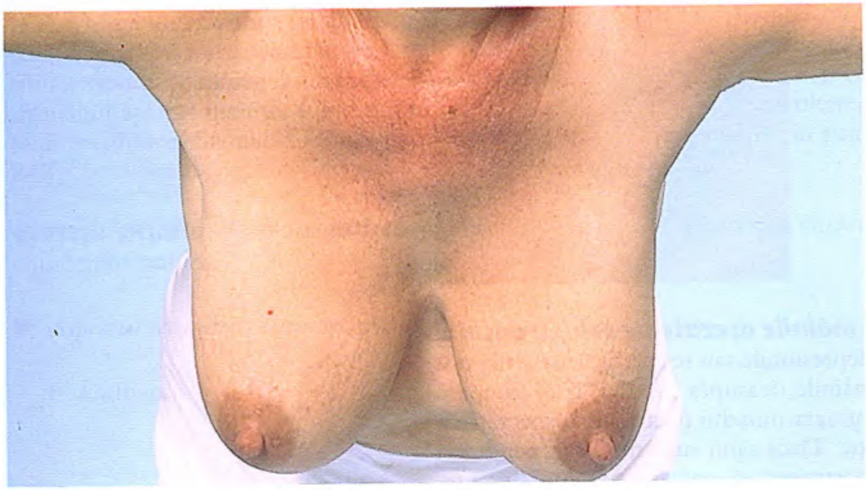
BRAŢELE RIDICATE DEASUPRA CAPULUI

Apariţia de indentaţii sau retracţia sânului în aceste poziţii sugerează prezenţa cancerului. Când tumora sau benzile fibroase asociate sunt ataşate atât de tegument cât şi de fascia muşchilor pectorali, contracţia pectoralilor va tracţiona tegumentul spre interior cu apariţia unor depresiuni.



MÂINILE PRESATE PE ȘOLDURI

Ocazional aceste semne pot fi asociate cu leziuni benigne precum steatonecroza posttraumatică sau ectazia ductală mamară, dar acestea trebuie întotdeauna investigate.



TRUNCHIUL APLECAT ÎNAINTE

Această poziţie poate evidenţia asimetrii ale sânilor sau mameloanelor care nu sunt vizibile în alte condiţii. Retracţia mamelonului şi areolei sugerează prezenţa cancerului. Vezi Planşa 10-2, Semne vizibile ale cancerului de sân (pag. 414).

Palparea

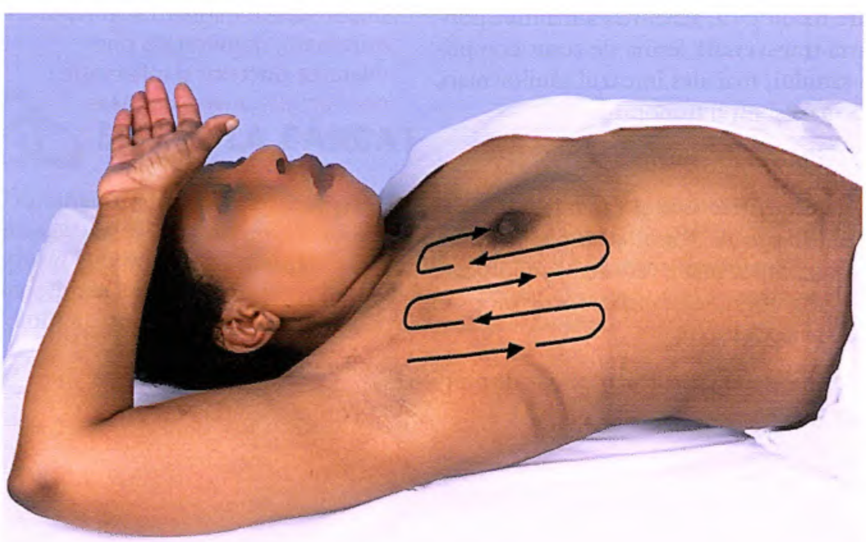
Sânul. Palparea se efectuează în mod optim când ţesutul mamar este întins. Pacientul trebuie să fie în decubit dorsal. Veţi palpa o arie rectangulară, începând de la claviculă până la şanţul inframamar sau linia sutienului, şi de la linia mediosternală până la linia axilară posterioară şi în axilă pentru coada sânului.

O examinare completă va dura 3 minute pentru fiecare sân. Utilizaţi buricele degetelor index, mijlociu şi inelar, menţinându-le uşor flexate. Este important ca palparea să fie *sistematică*. Deşi poate fi utilizat un model circular de palpare, *modelul panglicii verticale* este în prezent tehnica de elecţie pentru detectarea formaţiunilor mamare.[3] Palpaţi fiecare punct de examinare în *cercuri mici, concentrice*, aplicând dacă este posibil o presiune uşoară, medie, apoi mare. În cazul unui sân de dimensiuni mari veţi fi nevoiţi să apăsaţi mai ferm pentru a atinge ţesuturile profunde. Examinarea trebuie să acopere întregul sân, inclusiv partea periferică, coada, şi axila.

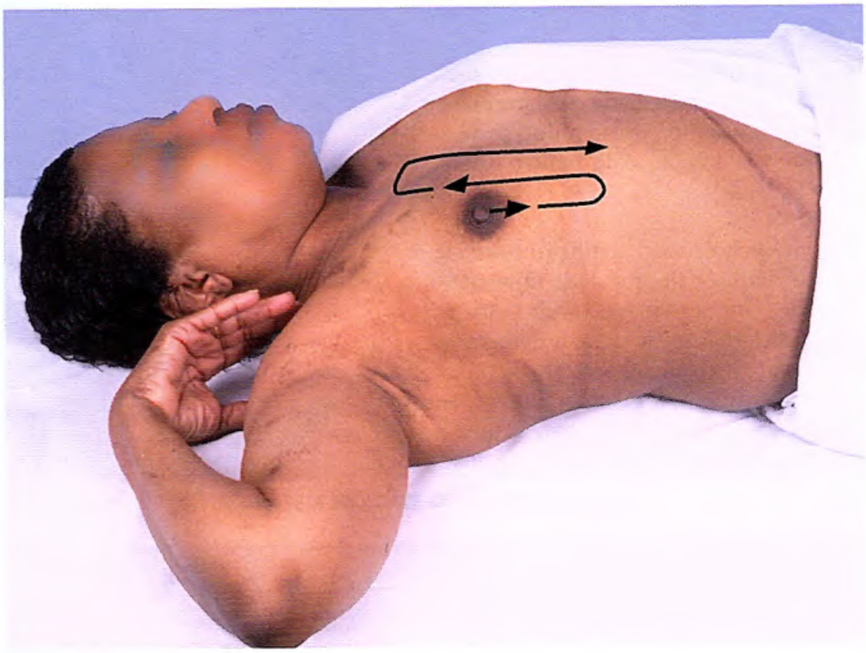
Prin aplicarea unei presiuni profunde la nivelul sânului puteţi confunda o coastă normală cu o masă mamară dură.

- Pentru a examina *porţiunea laterală a sânului*, cereţi pacientei să se răsucească pe şoldul opus, să îşi aşeze mâna pe frunte, dar ambii umeri să rămână în contact cu patul sau masa de examinare. Această poziţie va aplatiza partea laterală a sânului. Începeţi palparea din axilă urmând o linie dreaptă în jos spre linia sutienului, apoi mutaţi degetele către medial şi palpaţi într-o bandă verticală în sus până la claviculă. Continuaţi în benzi verticale suprapuse până la atingerea mamelonului, apoi repoziţionaţi pacienta pentru a aplatiza partea medială a sânului.

Ganglionii din prelungirea axilară a ţesutului mamar (coada lui Spence) sunt uneori confundaţi cu limfoganglionii axilari măriţi.



- Pentru a examina *porţiunea medială a sânului*, cereţi pacientei să stea întinsă cu ambii umeri în contact cu patul sau masa de examinare, plasându-şi mâna lângă gât şi ridicând cotul până la nivelul umărului. Palpaţi într-o linie dreaptă de la mamelon către linia sutienului, apoi înapoi până la claviculă, continuând în benzi verticale suprapuse până la mijlocul sternului.



Examinaţi ţesutul mamar acordând atenţie la:

- *Consistenţa tisulară*. Consistenţa normală variază foarte mult, depinzând în parte de proporţia relativă dintre ţesutul glandular ferm şi ţesutul adipos moale. Poate fi prezentă o nodularitate fiziologică, accentuată înaintea perioadei menstruale. Poate exista o creastă transversală fermă de ţesut comprimat de-a lungul marginii inferioare a sânului, mai ales în cazul sânilor mari. Aceasta este o creastă inframamară normală şi nu o tumoră.

Prezenţa unor cordoane sensibile sugerează *ectazie ductală mamară*, o afecţiune benignă dar uneori dureroasă, manifestată prin dilatarea ductelor şi inflamaţie periductală, uneori cu mase asociate.

- *Sensibilitatea* – similară senzaţiei de tensiune premenstruală

- *Noduli*. Palpaţi cu atenţie pentru a depista orice nodul sau masă diferită calitativ sau mai voluminoasă care se distinge de restul ţesutului mamar. Aceasta este denumită uneori masă dominantă şi poate reflecta o modificare patologică care trebuie evaluată prin mamografie, aspiraţie sau biopsie. Evaluaţi şi descrieţi caracteristicile fiecărui nodul:

Vezi Planşa 10-1, Formaţiuni mamare frecvent întâlnite (pag. 413)

Localizare – în funcţie de cadran sau modelul ceasornicului, iar distanţa faţă de mamelon se exprimă în centimetri

Mărime - în centimetri

Formă - rotundă sau chistică, discoidă, sau cu contur neregulat

Consistenţă - moale, fermă sau dură

Delimitare - bine delimitat sau nu

Nodulii duri, neregulaţi, slab delimitaţi, fixaţi la tegument sau ţesuturile adiacente, sugerează puternic un cancer de sân.

Sensibilitate

Chisturi, zone de inflamaţie; unele tumori pot avea sensibilitate.

Mobilitate - în raport cu tegumentul, fascia pectorală şi peretele toracic. Mobilizaţi uşor sânul în jurul formaţiunii nodulare şi observaţi dacă apar depresiuni.





- Apoi încercaţi să mobilizaţi formaţiunea nodulară propriu-zisă în timp ce pacienta relaxează braţul, apoi în timp ce presează mâinile pe şolduri.

O formaţiune mobilă care devine fixă la relaxarea braţului este ataşată de coaste şi de muşchii intercostali; dacă este fixă când mâna este presată pe şold, atunci este ataşată de fascia pectorală.

Mamelonul. Palpaţi fiecare mamelon, observându-i elasticitatea.

Îngroşarea mamelonului şi pierderea elasticităţii sugerează un cancer de sân.

SÂNUL LA BĂRBAT

Examinarea sânului la bărbat poate fi scurtă dar este importantă. *Inspectaţi mamelonul şi areola* pentru noduli, tumefieri sau ulceraţii. *Palpaţi areola şi ţesutul mamar* pentru noduli. Dacă ţesutul mamar apare mărit, trebuie să faceţi deosebirea între mărirea de volum adipoasă, moale, din obezitate, şi mărirea de volum glandulară, fermă, discoidală, numită *ginecomastie*.

Ginecomastia este rezultatul unui dezechilibru hormonal între estrogeni şi androgeni, uneori indus medicamentos. Un nodul dur, neregulat, excentric, sau care ulcerează sugerează cancer.

Cancerul de sân la bărbaţi constituie doar 1% din cazurile de cancer de sân, având frecvenţă maximă în jurul vârstei de 71 de ani.[3,32] Factorii de risc sunt mutaţiile BRCA2, obezitatea, istoricul familial de cancer de sân (la femei sau la bărbaţi), afecţiunile testiculare, expunerea profesională la temperaturi ridicate şi emisii de gaze.

AXILELE

Deşi axilele pot fi examinate când pacientul este în decubit dorsal, poziţia şezândă este preferabilă.

Inspecția

Inspectați tegumentul fiecărei axile și observați semnele de:

- Eritem
- Infecție
- Pigmentare anormală

Deodorant sau alte erupții cutanate

Infecția glandelor sudoripare (*hidrosadenită supurativă*)

Tegumentul axilar intens pigmentat, catifelat, sugerează *acanthosis nigricans*; una dintre forme este asociată cu o neoplazie internă.

Palparea

Pentru a examina axila stângă rugați pacientul să stea relaxat, cu brațul stâng pe lângă corp. Ajutați-l prin susținerea încheieturii stângi cu mâna dumneavoastră stângă. Cu degetele mâinii drepte unite palpați cât mai sus posibil către vârful axilei. Avertizați pacientul că poate simți o senzație de disconfort. Degetele dumneavoastră trebuie să se afle imediat posterior de mușchiul pectoral, îndreptate către mijlocul claviculei. Acum apăsați degetele către peretele toracic și glisați în jos, încercând să simțiți ganglionii centrali pe peretele toracic. Dintre limfoganglionii axilari, aceștia se palpează cel mai frecvent. De obicei se palpează unul sau mai mulți ganglioni mici (<1 cm), de consistență moale, nedureroși.

Limfoganglioni axilari măriți de volum ca rezultat al infecției brațului sau mâinii, imunizărilor recente, testelor cutanate la nivelul brațului, sau în cadrul unei limfadenopatii generalizate. Căutați ganglionii epitrohleari și alte grupări de ganglioni limfatici.

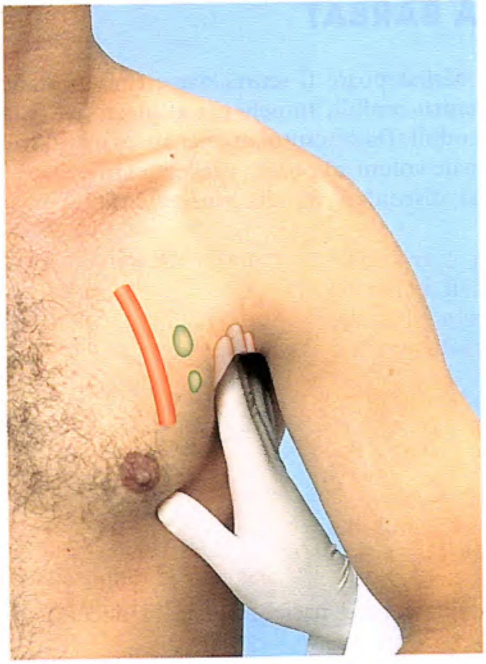
Ganglionii de dimensiuni mari (≥1 cm), fermi sau duri, aglomerați sau fixați la tegument sau țesuturile înconjurătoare sugerează un proces malign.

Utilizați mâna stângă pentru a examina axila dreaptă.

Dacă limfoganglionii centrali sunt voluminoși, duri sau sensibili la palpare, sau dacă există o suspiciune de leziune în aria de drenaj a ganglionilor axilari, căutați alte grupuri de ganglioni limfatici axilari:

- *Limfoganglionii pectorali* – prindeți pliul axilar anterior între haluce și degete și palpați cu ajutorul degetelor în interiorul marginii mușchiului pectoral.
- *Limfoganglionii laterali* – începând de sus în axilă, căutați de-a lungul porțiunii superioare a humerusului.
- *Limfoganglionii subscapulari* – așezați-vă în spatele pacientului și cu ajutorul degetelor palpați mușchiul la nivelul pliului axilar posterior.

De asemenea căutați ganglionii subclaviculari și reexaminați ganglionii supraclaviculari.



TEHNICI SPECIALE

Evaluarea scurgerilor mamelonare spontane. Dacă există un istoric de scurgere mamelonară, încercaţi să îi determinaţi originea prin comprimarea areolei cu indexul plasat în poziţie radială în jurul mamelonului. Observaţi apariţia scurgerii prin unul din orificiile ductale la suprafaţa mamelonară. Notaţi culoarea, consistenţa şi cantitatea scurgerii, precum şi locul exact de unde apare.

Scurgerea de lapte necorelată cu o sarcină anterioară sau lactaţia este denumită *galactoree nonpuerperală*. Cauzele includ *hipotiroidismul*, *prolactinoame* pituitare, şi medicamente cu acţiune dopaminergică, e.g. numeroşi agenţi psihotropi şi fenotiazinele.





Scurgerea spontană unilaterală cu striuri de sânge din unul sau două ducte impune continuarea evaluării pentru *papilom* intraductal, prezentat mai sus, carcinom ductal in situ, sau boala Paget a sânului. Scurgerile clare, seroase, cu nuanţă verzuie, cenuşie, sau fără urme de sânge, la nivelul mai multor ducte, necesită doar urmărire.[1]

Examinarea pacientei cu mastectomie sau cu augmentare mamară. Examinarea femeilor care au suferit o mastectomie necesită atenţie specială. Inspectaţi cu grijă cicatricea mastectomiei şi axila pentru a depista mase sau nodularităţi neobişnuite. Observaţi orice modificare de culoare sau semne de inflamaţie. La nivelul axilei şi regiunii superioare a braţului poate exista limfedem produs de alterarea post-chirurgicală a drenajului limfatic. Palpaţi uşor de-a lungul cicatricei - aceste ţesuturi pot fi neobişnuit de sensibile. Utilizaţi o mişcare circulară cu două sau trei degete. Acordaţi atenţie în special cadranului supero-extern şi axilei. Observaţi orice mărire a ganglionilor limfatici sau semne de inflamaţie ori infecţie.

Masele, nodularităţile şi modificările de culoare sau inflamaţia, în special la nivelul liniei de incizie, sugerează recurenţa cancerului de sân.

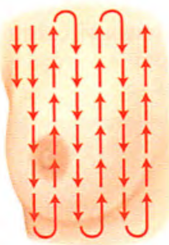
Este deosebit de important să palpaţi cu atenţie ţesutul mamar şi linia de incizie la femeile cu augmentare sau reconstrucţie mamară.

Instrucţiuni pentru auto-examinarea sânului. Vizita medicală este un moment propice pentru a învăţa pacientul tehnica de auto-examinare a sânului (AES). O proporţie crescută de formaţiuni mamare este detectată de femei prin auto-examinare. Deşi nu s-a demonstrat că AES reduce mortalitatea prin cancer de sân, auto-examinarea lunară este necostisitoare şi poate promova conştientizarea sănătăţii şi auto-îngrijirea activă. Pentru detectarea timpurie a cancerului de sân, se recomandă asocierea AES cu examinarea regulată a sânului de către un medic experimentat şi mamografia. Momentul optim pentru AES este imediat după perioada menstruală, când stimularea hormonală a ţesutului mamar este redusă.

INSTRUCȚIUNI PENTRU PACIENT PRIVIND AUTO-EXAMINAREA SÂNILOR (AES)

În decubit dorsal (poziție culcată)





1. Vă întindeți pe spate cu o pernă plasată sub umărul drept. Așezați brațul drept sub cap.
2. Utilizați buricele celor trei degete mijlocii ale mâinii stângi pentru a căuta orice protuberanță în sânul drept. Buricele degetelor sunt treimea terminală a acestora.
3. Apăsați suficient de ferm pentru a vedea cum se simte sânul. O margine fermă în partea de jos a fiecărui sân este normală. Dacă nu sunteți sigură cât de mult să apăsați, discutați cu medicul de familie sau încercați să imitați modul în care palpează medicul sau asistenta.
4. Palpați sânul prin apăsare fermă folosind metoda "de măturare" sau examinare sus-jos. Puteți utiliza și metoda circulară (tehnica acelor de ceasornic), dar este important să folosiți aceeași metodă de fiecare dată. Verificați întreaga suprafață a sânului și amintiți-vă cum se simte sânul dumneavoastră în fiecare lună.
5. Repetați examinarea pentru sânul stâng, utilizând degetele mâinii drepte.
6. Dacă descoperiți orice masă, nodul sau modificări tegumentare, trebuie să vă prezentați imediat la medic.

În ortostatism





1. Repetați examinarea ambilor sâni în timp ce stați în picioare, cu un braț ridicat și mâna plasată pe ceafă. Această poziție facilitează examinarea părții supero-externe a sânului (către axilă). În acest cadran sunt localizate aproximativ jumătate din cancerele de sân. Puteți realiza această parte a auto-examinării în timpul dușului. Degetele cu săpun favorizează palparea și veți putea simți consistența sânului în timp ce degetele alunecă pe tegumentul umed.
2. Pentru a crește siguranța, puteți inspecta sânii în fața unei oglinzi imediat după efectuarea auto-examinării lunare. Observați dacă există schimbări în aspectul sânilor, cum ar fi depresiuni cutanate, modificări mamelonare, eritem, sau tumefiere.
3. Dacă descoperiți orice masă, nodul sau modificări tegumentare, trebuie să vă prezentați imediat la medic.

Adaptat după Societatea Americană de Oncologie. Disponibil la: www.cancer.org. Accesat la 24 octombrie, 2007.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea datelor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului fizic - glandele mamare și axilele

"Sâni simetrici, de consistenţă moale, fără mase. Mameloanele nu prezintă scurgeri." (Adenopatia axilară se menţionează de obicei la secţiunea Ganglionii limfatici, vezi pag. 245).

SAU

"Sâni pendulari cu modificări fibrochistice difuze. Formaţiune unică fermă, mobilă, nedureroasă, dimensiune 1 x 1 cm, acoperită de tegument cu aspect de "coajă de portocală", localizată la nivelul sânului drept, în cadranul supero-extern (în dreptul orei 11), la 2 cm distanţă de mamelon".

Sugerează un posibil cancer de sân.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Santen RJ, Mansel R. Benign breast disorders. N Engl J Med 353(3):275–285, 2005.
2. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? JAMA 282(13):1270–1280, 1999.
3. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2007–2008. Available at: http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf. Accessed October 20, 2007.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. February 2002. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm. Accessed October 20, 2007.
5. Ravdin PM, Cronin KA, Howlader N, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. N Engl J Med 356(16):1670–1674, 2007.
6. Chu KC, Lamar CA, Freeman HP. Racial disparities in breast carcinoma survival rates: separating factors that affect diagnosis from factors that affect treatment. Cancer 97(11): 2859–2863, 2003.
7. del Carmen MG, Hughes KS, Halpern E, et al. Racial differences in mammographic breast density. Cancer 98(3):590–596, 2003.
8. Gail MH, Brinton LA, Byar DP, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst 81(24): 1879–1886, 1989.
9. Gail MH, Benichou J. Validations studies on a model for breast cancer risk (editorial). J Natl Cancer Inst 86:73–87, 1996.
10. Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer: implications for risk prediction. Cancer 73(3):643–651, 1994.
11. National Cancer Institute. Genetics of breast and ovarian cancer: models for prediction of breast cancer risk. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/breast-and-ovarian. Accessed October 21, 2007.
12. Armstrong K, Moye E, Sankey W, et al. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. Ann Intern Med 146(7): 516–526, 2007.
13. Fletcher SW, Elmore JG. Mammographic screening for breast cancer. N Engl J Med 348(14):1672–1680, 2003.
14. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. N Engl J Med 353(3): 229–237, 2005.
15. Elmore JG, Gigerenzer G. Benign breast disease: the risks of communicating risk (editorial). N Engl J Med 353(3): 297–298, 2005.
16. Carney PA, Migloiretti DL, Yankaskas, et al. Individual and combined effects of age, breast density, and hormone replacement therapy use on the accuracy of screening mammography. Ann Intern Med 138(3):168–175, 2003.

17. Boyd NF, Lockwood GA, Byng JW, et al. Mammographic densities and breast cancer risk. Cancer Epidemiol Biomarkers Prevent 7(12):1133–1144, 1998.
18. Vachon CM, Sellers TA, Carlson EE, et al. Strong evidence of a genetic determinant for mammographic density, a major risk factor for breast cancer. Cancer Res 67(17):8412–8418, 2007.
19. Yager JD, Davidson. Estrogen carcinogenesis in breast cancer. N Engl J Med 354(3):270–282, 2006.
20. Qaseem A, Snow V, Sherif K, et al. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 146(7):511–515, 2007.
21. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, et al. Screening for breast cancer. JAMA 293(10):1245–1256, 2005.
22. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. N Engl J Med 353(17):1773–1783, 2005.
23. Kreige M, Brekelmans CTM, Boetes C, et al. Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. N Engl J Med 351(5): 427–437, 2004.
24. Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. N Engl J Med 356(13):1295–1303, 2007.
25. Smith RA. The evolving role of MRI in the detection and evaluation of breast cancer. N Engl J Med 356(13):1362–1363, 2007.
26. U.S. Preventive Services Task Force. Chemoprevention of breast cancer: summary of the evidence. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastchemo/brstchemosum1.htm. Accessed October 22, 2007.
27. U.S. Preventive Services Task Force. Chemoprevention of breast cancer: recommendations and rationale. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, July 2002. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastchemo/breastchemorr.htm. Accessed October 22, 2007.
28. Vogel VG, Constantino JP, Wickerham DL, et al. Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes. The NSABP study of tamoxifen and raloxifene (STAR) P-2 trial. JAMA 295(23): 2727–2741, 2006.
29. Gail MH, Costantino JP. Validating and improving models for projecting the absolute risk of breast cancer. J Natl Cancer Inst 93(5)334–335, 2001.
30. Gail MH, Costantino JH, Bryant J, et al. Weighing the risks and benefits of tamoxifen treatment for preventing breast cancer. J Natl Cancer Inst 91(21):1829–1846, 1999.
31. Chen CY, Sun LM, Anderson BO. Paget disease of the breast: changing patterns of incidence, clinical presentation, and treatment in the U.S. Cancer 197(7):1448–1458, 2006.
32. Fentiman IS. Male breast cancer. Lancet 367(9510):595–604, 2006.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

American Geriatrics Society Clinical Practice Committee. Position Statement: breast cancer screening in older women. Available at: http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/brstcncr.shtml. Accessed May 26, 2008.

Bland KI, Beenken SW, Copeland EM. The Breast. In: Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TM, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2005.

Chlebowski RT, Hentrix SL, Langer RD, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: The Women's Health Initiative randomized trial. JAMA 289(24):3243–3253, 2003.

Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU. Breast carcinoma in men: a population-based study. Cancer 101(1):51–57, 2004.

Harris JR, Morrow M, Bonadonna G. Cancer of the breast. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Jones BA, Patterson EA, Calvocoressi L. Mammography screening in African American women: evaluating the research. Cancer 97(Suppl.1):258–272, 2003.

Kudva YC, Reynolds CA, O'Brien T, et al. Mastopathy and diabetes. Curr Diab Rep 3(1):56–59, 2003.

Mandalblatt J, Saha S, Teusch S, et al. The cost-effectiveness of screening mammography beyond age 65 years: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 139(10):835–842, 2003.

Robson M, Offit K. Clinical practice: management of an inherited predisposition to breast cancer. N Engl J Med 357(2):154–162, 2007.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANŞA **10-1**

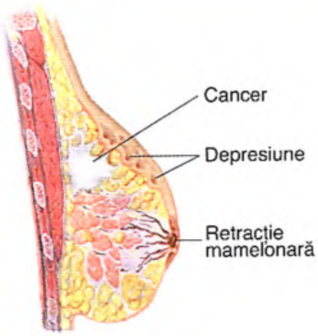
Formaţiuni mamare frecvent întâlnite

Cele mai frecvente tipuri de formaţiuni mamare sunt *fibroadenomul* (o tumoră benignă), *chisturile* şi *cancerul de sân*. Caracteristicile clinice ale acestor trei formaţiuni sunt enumerate mai jos. Totuşi, orice masă mamară trebuie atent evaluată şi de obicei necesită investigare suplimentară prin ecografie, aspiraţie, mamografie sau biopsie. Formaţiunile descrise mai jos sunt mărite în scop ilustrativ. În mod ideal, cancerul de sân ar trebui identificat timpuriu, când masa este mică. *Modificările fibrochistice*, neilustrate aici, sunt de asemenea frecvente şi pot fi palpate sub forma unor densificări nodulare la femeile cu vârste cuprinse între 25-50 de ani. Pot fi sensibile sau dureroase. Sunt benigne şi nu sunt considerate ca fiind un factor de risc pentru cancerul de sân.

	Fibroadenom	Chisturi	Cancer de sân
			
Vâsta obişnuită	15-25 ani, la pubertate şi perioada de adult tânăr, dar sub vârsta de 55 de ani	30-50 ani, regresează după menopauză, cu excepţia cazului în care se utilizează terapie estrogenică	30-90 ani, cel mai frecvent după 50 de ani
Număr	De obicei unic, uneori multiplu	Unic sau multiplu	De obicei unic, poate coexista cu alţi noduli
Formă	Rotund, discoid sau lobular	Rotund	Neregulat sau stelat
Consistenţă	Poate fi moale, de obicei este ferm	Moale sau ferm, de obicei elastic	Ferm sau dur
Delimitare	Bine delimitat	Bine delimitat	Nu este delimitat de ţesuturile înconjurătoare
Mobilitate	Foarte mobil	Mobil	Fixat la tegument sau ţesuturile înconjurătoare
Sensibilitate	De obicei nedureros	Adeseori sensibil	De obicei nedureros
Semne de retracţie	Absente	Absente	Pot fi prezente

PLANȘA 10-2

Semne vizibile ale cancerului de sân



Semne de retracție

Pe măsură ce cancerul de sân avansează, produce fibroză (țesut cicatriceal). Diminuarea țesutului mamar produce *depresiuni, modificări de contur și retracția sau deviația mamelonului*. Alte cauze de retracție pot fi steatonecroza și ectazia ductală mamară.



Conturul anormal

Căutați orice variație în convexitatea normală a fiecărui sân, și comparați o parte cu cealaltă. Pozițiile speciale pot fi din nou utile. În imaginea de mai sus se observă o aplatizare marcată a cadranului infero-extern al sânului stâng.



Depresiuni cutanate

Căutați acest semn când brațul pacientului este relaxat, în poziții speciale și prin mobilizarea sau comprimarea sânului, ca în imaginea de mai sus.



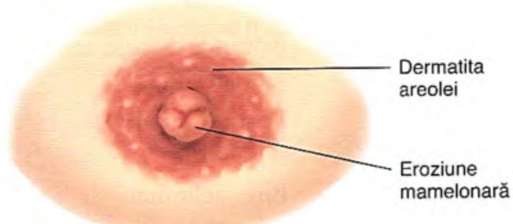
Retracția și deviația mamelonară

Mamelonul retractat este aplatizat sau inversat, ca în imaginea de mai sus. Poate fi de asemenea mărit și îngroșat la palpare. Dacă afectarea este asimetrică, mamelonul poate devia sau poate fi îndreptat într-o direcție diferită de cea a omologului său normal; de obicei devierea este către tumora canceroasă subiacentă.



Edemul cutanat

Edemul tegumentului este produs prin obstrucție limfatică. Tegumentul are aspect îngroșat cu pori măriți, așa-numitul *semn în "coajă de portocală"* (peau d'orange). De obicei semnul este observat în porțiunea inferioară a sânului sau a areolei.



Boala Paget a mamelonului

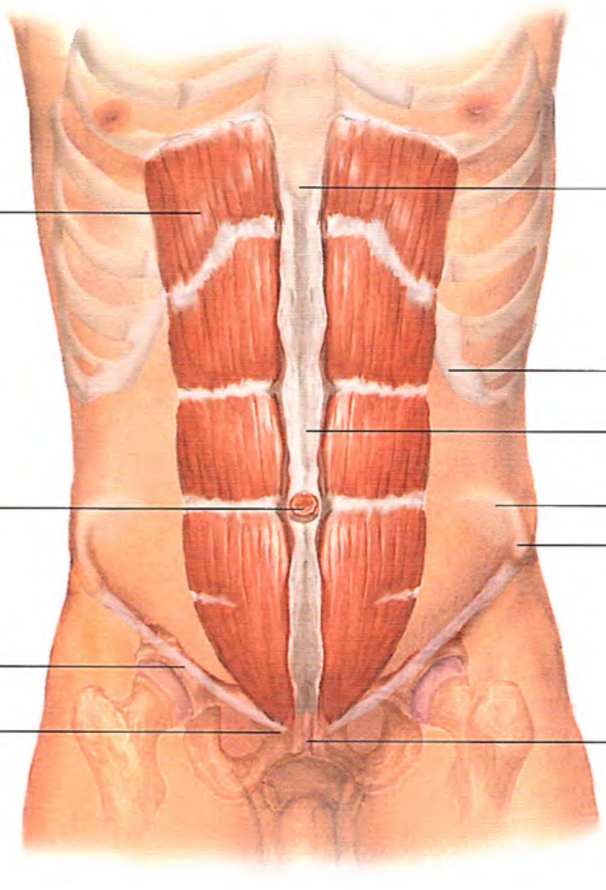
Această formă rară de cancer de sân debutează de obicei ca o leziune rugoasă, eczematoasă, care poate evolua cu supurație, formare de cruste sau eroziuni. Poate fi prezentă o formațiune mamară. Orice dermatită persistentă a mamelonului sau areolei trebuie să ridice suspiciunea de boală Paget. Se poate manifesta prin cancer de sân invaziv sau carcinom ductal in situ.[31]

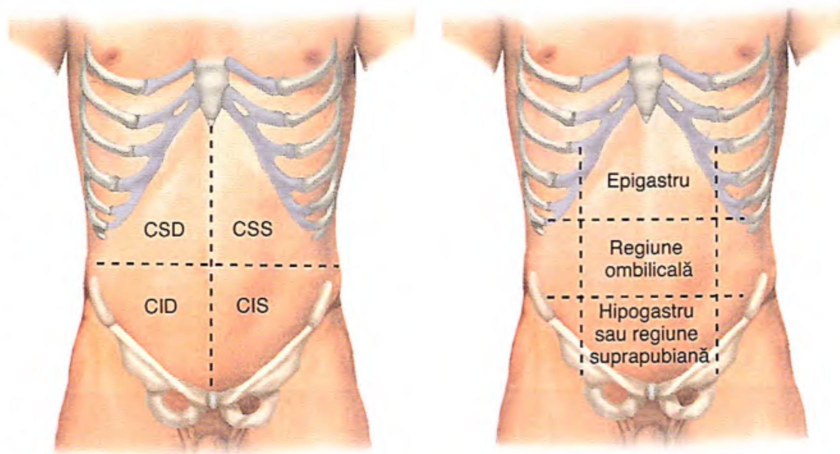
CAPITOLUL

11 Abdomenul

ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

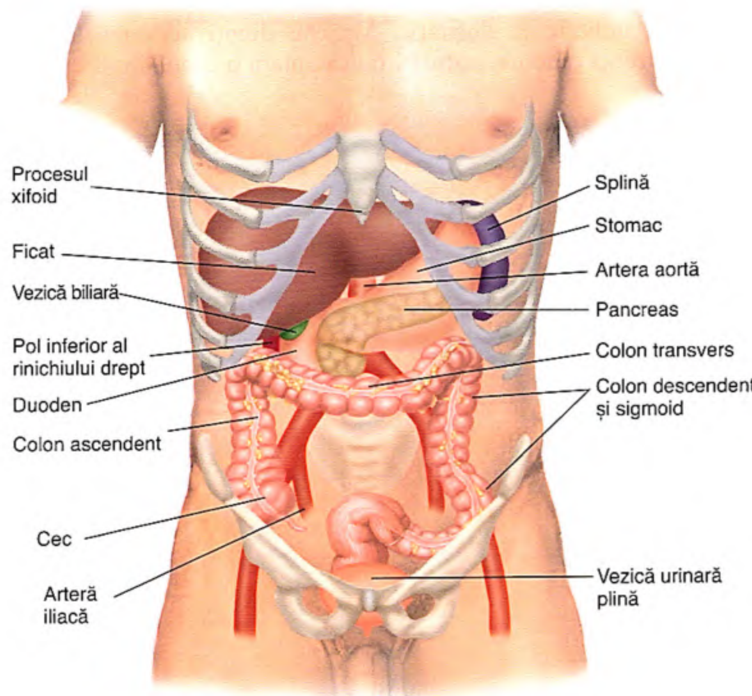
Vizualizaţi sau palpaţi punctele de reper ale peretelui abdominal şi ale pelvisului, aşa cum sunt indicate în ilustraţie. Muşchii drepţi abdominali devin mai proeminenţi atunci când pacientul îşi ridică umerii şi capul din decubit dorsal.





Pentru o mai bună descriere, abdomenul este de obicei împărţit în patru cadrane prin linii imaginare care se intersectează la nivelul ombilicului: cadranul superior drept (CSD), inferior drept (CID), superior stâng (CSS) şi inferior stâng (CIS). Folosind o altă metodă, abdomenul poate fi împărţit în nouă regiuni. Denumirile a trei dintre ele sunt frecvent folosite: epigastru, regiunea ombilicală şi hipogastru sau regiunea suprapubiană.

La examinarea abdomenului efectuată în sensul acelor de ceasornic, unele organe sunt adesea palpabile. Excepţie fac stomacul şi o mare parte a ficatului şi a splinei. Cavitatea abdominală se întinde în partea superioară sub grilajul costal până la domul diafragmatic, astfel că aceste organe se găsesc într-o poziţie protejată, inaccesibilă mâinii examinatorului.



În *cadranul superior drept*, consistenţa scăzută a *ficatului* îl face greu de palpat prin peretele abdominal. Marginea inferioară a ficatului este adesea palpabilă la nivelul rebordului costal drept. *Vezica biliară*, care se sprijină pe faţa inferioară a ficatului, precum şi *duodenul* care este localizat mai profund, nu pot fi de obicei palpate. La nivel mai profund, poate fi decelat *polul inferior al rinichiului drept*, în special la persoane cu constituţie astenică în condiţii de relaxare a musculaturii abdominale. Înaintând spre medial, examinatorul întâlneşte grilajul costal care protejează stomacul; uneori, pacienţii confundă consistenţa dură a *procesului xifoid* (localizat pe linia mediană) cu o tumoră. *Aorta abdominală* prezintă adesea pulsaţii vizibile şi este, de obicei, palpabilă în etajul abdominal superior.

În *cadranul superior stâng* se găseşte *splina*, lateral şi posterior de stomac, chiar deasupra rinichiului stâng, pe linia medio-axilară stângă. Marginea sa superioară se sprijină pe domul diafragmatic. Coastele 9, 10 şi 11 protejează cea mai mare parte a splinei. Polul inferior splenic poate fi palpat sub rebordul costal stâng la un mic procent din adulţi. *Pancreasul* nu poate fi detectat prin palpare la indivizi sănătoşi.

În *cadranul inferior stâng* se poate palpa adesea un organ de consistenţă fermă, îngust, tubular – *colonul sigmoid*. Porţiuni ale colonului descendent şi transvers

pot fi de asemenea palpate. În partea inferioară a liniei mediane se găsesc: *vezica urinară, promontoriul sacral*, marginea anterioară a vertebrei S1, de consistenţă osoasă, care uneori poate fi confundată cu o tumoră, iar la femei, *uterul* şi *ovarele*.

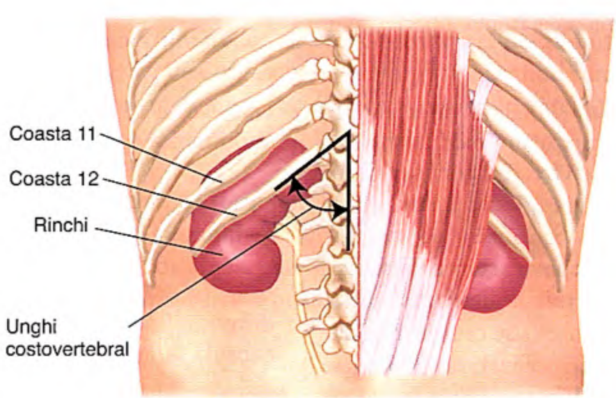
În *cadranul inferior drept* se găsesc ansele intestinale şi *apendicele* în partea inferioară a cecului, lângă joncţiunea dintre intestinul subţire şi cel gros. La indivizi sănătoşi, la acest nivel nu sunt organe palpabile.

Vezica urinară destinsă poate fi palpată deasupra simfizei pubiene. Ea poate conţine un volum de aproximativ 300 ml de urină excretată de rinichi în pelvisul renal şi uretere. Destinderea vezicii urinare stimulează contracţia muşchiului neted vezical numit *muşchiul detrusor* la presiuni relativ scăzute. Presiunea crescătoare în vezică declanşează nevoia conştientă de a micţiona.

Presiunea intrauretrală crescută poate depăşi valoarea celei vezicale, prevenind astfel incontinenţa. Presiunea intrauretrală este legată de mai mulţi factori cum ar fi tonusul musculaturii netede a sfincterului uretral intern, grosimea mucoasei uretrei şi, la femei, capacitatea musculaturii şi a ligamentelor pelvine de a susţine suficient vezica şi uretra proximală pentru a menţine raporturile anatomice normale. Contracţia voluntară a musculaturii striate periuretrale poate, de asemenea, întrerupe micţiunea.

Controlul neurologic al vezicii urinare se desfăşoară la mai multe niveluri. La nou-născut, golirea vezicii se realizează prin mecanism reflex controlat de măduva sacrală. Controlul voluntar al vezicii urinare depinde de centrii superiori cerebrali şi de căile motorii şi senzitive dintre encefal şi arcurile reflexe de la nivelul măduvei sacrale. Când există un impediment în calea micţiunii, centrii superiori cerebrali pot inhiba contracţiile muşchiului detrusor până când capacitatea vezicii, de aproximativ 400-500 de ml, este depăşită. Integritatea nervilor sacrali care inervează vezica urinară poate fi verificată prin evaluarea sensibilităţii perirectale şi perineale în dermatoamele S2, S3 şi S4 (vezi pag. 702).

Rinichii sunt organe situate posterior. Polul lor superior este protejat de coaste. *Unghiul costovertebral*, format între marginea inferioară a coastei 12 şi procesul transvers al primei vertebre lombare, reprezintă regiunea în care se evaluează sensibilitatea renală.



VEDERE POSTERIOARĂ

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

Afecţiuni gastrointestinale	Afecţiuni urinare sau renale
• Durere abdominală, acută sau cronică • Indigestie, greaţă, vărsături, inclusiv sangvinolente, inapetenţă, saţietate precoce • Disfagie şi/sau odinofagie • Modificări de tranzit intestinal • Diaree, constipaţie • Icter	• Durere suprapubiană • Disurie, micţiune imperioasă, polakiurie • Iniţiere dificilă a micţiunii, jet urinar slab la bărbaţi • Poliurie sau nicturie • Incontinenţă urinară • Hematurie • Durere renală sau în flanc • Colică ureterală

Acuzele gastrointestinale sunt printre principalele motive de prezentare la cabinetul medical sau la camera de gardă. Veţi întâlni o largă varietate de simptome legate de tractul digestiv superior: durere abdominală, pirozis, greaţă şi vărsături, dificultăţi sau durere la deglutiţie, vărsături cu conţinut gastric sau sangvinolent, pierdere ponderală şi icter. Durerea abdominală a reprezentat motivul a peste 13 milioane de prezentări în cabinetele medicale în 2004[1] şi a peste 7 milioane de prezentări în serviciile de urgenţă în 2003.[2] Acuzele legate de tractul digestiv inferior sunt de asemenea frecvente: diaree, constipaţie, modificări ale tranzitului intestinal sau prezenţa sângelui în scaun, descris ca fiind roşu aprins, sau închis la culoare, ca păcura.

Numeroase simptome au originea în *tractul genitourinar*: micţiuni dificile, frecvente, cu caracter imperios, cu iniţiere dificilă şi jet slab la bărbaţi, cu volum mare de urină, micţiuni nocturne, incontinenţă urinară, prezenţa sângelui în urină, dureri în flanc şi colica determinată de calculi renali sau infecţii.

Adesea va fi nevoie să adunaţi informaţii atât din relatarea pacientului cât şi din examinarea lui, pe măsură ce stabiliţi cea mai bună explicaţie pentru simptomele acestuia. Îndemânarea în realizarea anamnezei şi examinarea atentă a pacientului vor sta la baza unui raţionament clinic corect.

Modele şi mecanisme în durerea abdominală. Înainte de a elucida simptomele gastrointestinale şi genitourinare, să recapitulăm mecanismele şi modelele clinice ale durerii abdominale. Familiarizaţi-vă cu trei categorii principale de durere abdominală:

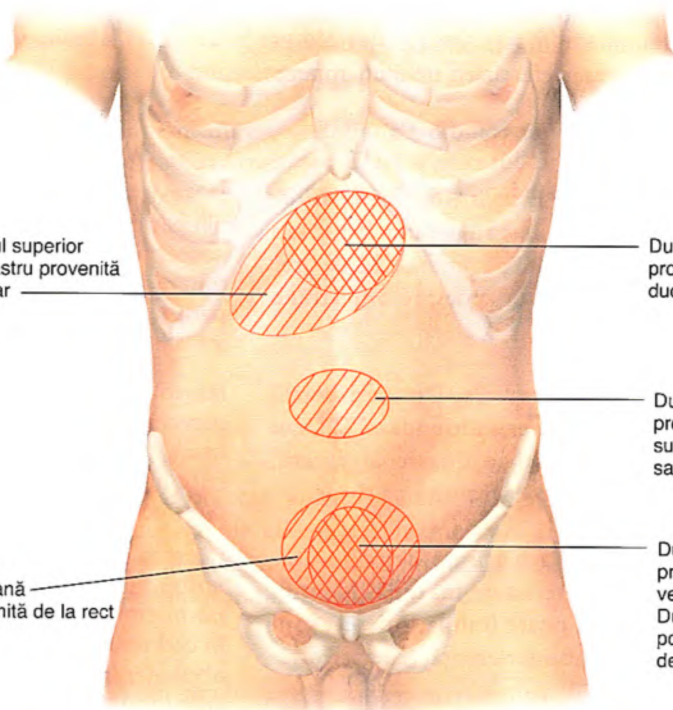
Vezi Planşa 11-1, Durerea abdominală (pag. 454-455)

- *Durerea viscerală* apare când un organ abdominal cavitar, cum ar fi tractul intestinal sau cel biliar, se contractă neobişnuit de puternic, se destinde sau este întins. Organele solide, cum este ficatul, pot deveni dureroase ca urmare a distensiei capsulei. Durerea viscerală poate fi greu de localizat. De obicei se decelează prin palpare în vecinătatea liniei mediane, la diferite niveluri, în funcţie de structura implicată, aşa cum este indicat în ilustraţia de pe următoarea pagină.

Durerea viscerală în cadranul superior drept poate fi dată de distensia ficatului în raport cu capsula sa, în *hepatita alcoolică.*

Durerea viscerală are caractere diferite, şi se poate prezenta sub forma unei senzaţii de foame dureroasă, arsură, crampă, sau colică. Când este severă, se poate asocia cu transpiraţie, paloare, greaţă, vărsături şi agitaţie.

Durerea viscerală periombilicală poate semnifica o *apendicită acută* la debut prin distensia unui apendice inflamat. Ea se transformă treptat în durere parietală localizată în cadranul inferior drept din cauza inflamaţiei peritoneului parietal adiacent.



TIPURI DE DURERE VISCERALĂ

- *Durerea parietală* este cauzată de inflamaţia peritoneului parietal. Este o durere permanentă, chinuitoare, de obicei mai severă decât durerea viscerală şi mai precis localizată deasupra organului implicat. În mod caracteristic este agravată de mişcare sau de tuse. Pacienţii cu acest tip de durere preferă să stea nemişcaţi.

- *Durerea iradiată (telalgia)* este simţită la distanţă, în zone inervate de acelaşi segment spinal ca şi organul afectat. Apare pe măsură ce durerea iniţială devine mai intensă şi, de aceea, pare să radieze sau să se extindă de la locul de origine. Poate fi superficială sau profundă, dar de obicei este bine localizată.

Durerea de origine duodenală sau pancreatică poate iradia posterior; durerea de la nivelul căilor biliare poate iradia în umărul drept sau toracele posterior drept.

Există situaţii în care durerea cu origine la nivelul toracelui, coloanei vertebrale sau pelvisului, iradiază în abdomen, ceea ce complică evaluarea durerii abdominale.

Durerea din *pleurezie* sau *infarctul miocardic acut* poate iradia în regiunea epigastrică.

TRACTUL GASTROINTESTINAL

Durerea abdominală superioară, disconfortul şi pirozisul. Prevalenţa disconfortului sau durerii recurente în etajul abdominal superior în SUA şi în alte ţări occidentale este de aproximativ 25%.[3] În ultimii ani, rapoartele asociaţiilor de experţi au clarificat definiţiile şi clasificarea a numeroase simptome abdominale, cum sunt de pildă criteriile Roma III pentru tulburări funcţionale gastrointestinale.[4] Înţelegerea terminologiei vă va ajuta să stabiliţi afecţiunea de bază.

Studiile sugerează că neuropeptide precum 5-hidroxitriptofanul şi polipeptidul P mediază simptome interconectate cum ar fi durerea, disfuncţia intestinală şi stresul.[4]

Durerea acută sau disconfortul în abdomenul superior. La pacienţii care acuză durere abdominală, cauza variază de la afecţiuni benigne la cele care pun viaţa în pericol; din acest motiv acordaţi timpul necesar efectuării unei anamneze atente.

- Iniţial determinaţi *momentul apariţiei durerii*. Este *acută* sau *cronică*? Durerea abdominală acută are mai multe tipare. Durerea a debutat brusc sau treptat? Când a început? Cât durează? Cum evoluează pe durata a 24 de ore? Dar pe durata mai multor săptămâni sau luni? Este vorba despre o afecţiune acută sau una cronică, recurentă?

În serviciile de urgenţă 40-45% din pacienţi acuză dureri nespecifice, dar 15-30% necesită tratament chirurgical, de obicei pentru apendicită, ocluzie intestinală sau colecistită.[5]

- Cereţi pacienţilor *să descrie durerea cu propriile cuvinte*. Urmăriţi detalii importante: „Unde începe durerea?" „Iradiază sau se extinde undeva?" „Cum este durerea?" Dacă pacientul întâmpină dificultăţi în descrierea durerii, încercaţi să-i oferiţi câteva opţiuni: „Este chinuitoare, ca o arsură, vă roade...?"

Prezenţa caracterului colicativ al durerii indică *litiaza renală*. Durerea bruscă, similară unei lovituri de cuţit în epigastru apare în *pancreatita din litiaza biliară*.[6]

- Apoi cereţi pacientului *să indice locul dureros*. Pacienţii nu descriu întotdeauna clar în cuvinte zona unde durerea are intensitate maximă. Identificarea cadranului în care este localizată durerea poate fi utilă. Adesea, sunt implicate organe subiacente. Dacă hainele produc interferenţă, repetaţi întrebarea în timpul examenului obiectiv.

Durerea epigastrică apare în *gastrită* sau în *boala de reflux gastroesofagian (BRGE)*. Durerea în cadranul superior drept şi în abdomenul superior indică o *colecistită*.[7]

- Cereţi pacientului să aprecieze *severitatea durerii* pe o scală de la 1 la 10. Ţineţi cont că severitatea nu vă ajută întotdeauna să identificaţi cauza. Sensibilitatea la durerea abdominală variază larg şi tinde să scadă la pacienţii vârstnici, mascând afecţiuni abdominale acute. Pragul durerii şi modul în care pacienţii se acomodează cu aceasta în timpul activităţilor lor zilnice afectează de asemenea aprecierea severităţii.

- Pe măsură ce investigaţi *factorii care agravează sau ameliorează durerea*, acordaţi o atenţie specială asocierii cu mesele, alcoolul, medicaţia (inclusiv aspirina şi medicamentele din aceeaşi clasă şi orice medicaţie care se ia fără prescripţie), stresul, poziţia corpului şi administrarea de antiacide. Întrebaţi dacă indigestia sau disconfortul sunt legate de activitate şi ameliorate de repaus.

Reţineţi că angina din boala coronariană cu localizare inferioară poate avea aspectul unei „indigestii", dar este agravată de efort şi ameliorată de repaus. Vezi Planşa 9-1, Durerea toracică, pag. 375.

Durerea cronică sau disconfortul în abdomenul superior. Din cauza mai multor simptome cronice, *dispepsia* este definită ca fiind disconfortul sau durerea cronică ori recurentă centrată în abdomenul superior.[8] *Disconfortul* este definit

ca o senzaţie subiectivă neplăcută, dar nedureroasă. Poate include simptome diverse: meteorism, greaţă, plenitudine în etajul abdominal superior şi pirozis.

- Reţineţi că meteorismul, greaţa sau eructaţiile pot apărea singure sau în cadrul altor afecţiuni. Când apar izolate, nu îndeplinesc criteriile pentru dispepsie.

Meteorismul poate apărea în *boala inflamatorie intestinală*, iar eructaţiile în *aerofagie* (sau înghiţirea de aer).

- Mulţi pacienţi cu disconfort sau durere abdominală superioară au *dispepsie funcţională, non-ulceroasă*. Aceasta se defineşte printr-un istoric de minim 3 luni de disconfort abdominal superior nespecific sau greaţă, care nu pot fi atribuite unor anomalii structurale sau ulcerului peptic. Simptomele sunt de obicei recurente şi prezente timp de peste 6 luni.[3]

Cauzele multifactoriale includ evacuarea gastrică întârziată (20-40%), gastrita cu *H. pylori* (20-60%), ulcerul peptic (până la 15% dacă este prezent *H. pylori*) şi factori psihosociali.[3]

Unii pacienţi cu disconfort sau durere abdominală cronică superioară acuză iniţial *pirozis, reflux acid* sau *regurgitaţie*. Dacă pacientul prezintă aceste simptome mai frecvent de o dată pe săptămână, este probabil să aibă *BRGE* până la dovada contrarie.[8,9]

Aceste simptome sau leziunile mucoasei vizibile la endoscopie sunt criterii de diagnostic pentru BRGE. Factorii de risc includ fluxul salivar redus, care prelungeşte neutralizarea acidităţii prin reducerea acţiunii de tamponare a bicarbonatului; evacuarea gastrică întârziată; anumite medicamente şi hernia hiatală.

- *Pirozisul* este reprezentat de un disconfort sau durere retrosternală ascendentă cu caracter de arsură, care apare săptămânal sau mai frecvent.[3] În mod caracteristic este agravat de alcool şi alimente cum ar fi ciocolata, citricele, cafeaua, ceapa şi menta; sau de poziţii precum aplecarea, mişcările de gimnastică, ridicarea sau decubitul dorsal.

Reţineţi că angina din ischemia coronariană a peretelui miocardic inferior din vecinătatea diafragmului se poate manifesta cu pirozis. Vezi Planşa 9-1, Durerea toracică, pag. 375.

- Unii pacienţi cu BRGE au *simptome respiratorii atipice*: tuse, wheezing şi pneumonie de aspiraţie. Alţii acuză *simptome faringiene*: disfonie sau senzaţie cronică de uscăciune a gâtului.[10]
- O parte din pacienţi au „*simptome de alarmă*" cum ar fi deglutiţie dificilă (disfagie) sau dureroasă (odinofagie), vărsături repetate, semne de sângerare gastrointestinală, scădere ponderală, anemie sau factori de risc pentru cancerul gastric.

Pacienţii cu BRGE necomplicată care nu răspund la terapia empirică, cei cu vârstă peste 55 de ani şi cei cu „simptome de alarmă" necesită endoscopie pentru diagnosticarea unei esofagite, a stenozelor peptice sau a esofagului Barrett (în această afecţiune joncţiunea scuamo-cilindrică este deplasată spre proximal şi înlocuită cu metaplazie intestinală, riscul de cancer esofagian fiind de 30 de ori mai mare).[9,11,12] Aproximativ 50% din pacienţii cu BRGE nu vor avea leziuni vizibile la endoscopie.[13]

Durerea şi disconfortul în etajul abdominal inferior – formele acute şi cronice. Durerea şi disconfortul în abdomenul inferior pot fi acute sau cronice. Cereţi pacientului să indice locul dureros şi să descrie toate trăsăturile durerii, detalii care asociate cu constatările examenului obiectiv vă pot ajuta să identificaţi cauzele posibile. Unele dureri acute, în special în aria suprapubiană sau iradiate din flanc, au originea la nivelul tractului genitourinar (vezi pag. 428).

Durerea abdominală inferioară acută. Pacienţii pot acuza o *durere acută* localizată în cadranul inferior drept. Întrebaţi dacă este ascuţită şi continuă sau intermitentă şi colicativă (îl determină pe pacient să stea încovoiat).

Durerea în cadranul inferior drept sau care migrează din regiunea periombilicală, asociată cu rigiditatea peretelui abdominal la palpare, sugerează cel mai probabil *apendicită*. La femei, alte cauze sunt *boala inflamatorie pelvină, ruperea unui folicul ovarian* şi *sarcina ectopică*.[14]

Durerea colicativă iradiată în cadranele inferioare drept sau stâng poate indica un calcul renal.

Când pacienţii acuză durere acută în *cadranul inferior stâng sau durere abdominală difuză*, investigaţi prezenţa simptomelor asociate cum ar fi febra sau inapetenţa.

Durerea în cadranul inferior stâng în prezenţa unei mase palpabile poate sugera *diverticulită*. Durerea abdominală difuză cu abolirea zgomotelor hidroaerice intestinale şi rigiditate, apărare musculară sau contractură abdominală la palpare indică *obstrucţie la nivelul intestinului subţire sau gros* (vezi pag. 454).

Durerea abdominală inferioară cronică. Dacă există *durere cronică* în cadranele abdomenului inferior, investigaţi modificările tranzitului intestinal şi alternanţa diaree/constipaţie.

Modificările tranzitului intestinal asociate cu prezenţa unei formaţiuni solide indică un *cancer de colon*. Durerea intermitentă prezentă timp de 12 săptămâni în ultimele 12 luni, ameliorată de defecaţie, asociată cu modificări ale frecvenţei sau formei scaunului (moale, apos, în formă de glonţ), neînsoţită de modificări biochimice sau structurale, reprezintă simptomatologia *sindomului de colon iritabil*.[15]

Simptome gastrointestinale asociate cu durerea abdominală. Pacienţii acuză adesea durere abdominală însoţită de alte simptome. „Aveţi poftă de mâncare?" este o întrebare bună pentru început, care poate deschide alte subiecte: *indigestia, greaţa, vărsăturile şi anorexia*. *Indigestia* este un termen general folosit pentru descrierea neplăcerilor asociate cu alimentaţia şi care are mai multe sensuri. Cereţi pacientului să fie mai precis.

Anorexia, greaţa şi vărsăturile însoţesc multe afecţiuni gastrointestinale; sunt întâlnite în sarcină, *cetoacidoză diabetică, insuficienţă suprarenaliană, hipercalcemie, uremie*, boli

- *Greața*, adesea descrisă prin „mi-e rău de la stomac”, poate progresa până la regurgitații și vărsături. *Eructațiile* (efortul de vărsătură) sunt spasme involuntare ale stomacului, diafragmului și esofagului care preced și culminează cu *vărsăturile* care reprezintă expulzia forțată a conținutului gastric spre cavitatea bucală.

hepatice, stări emoționale, reacții adverse medicamentoase și alte afecțiuni. Vărsăturile induse, fără greață, indică *anorexie sau bulimie.*

Unii pacienți nu au vărsături, dar prezintă fenomenul de *regurgitație*, adică refluxul conținutului gastric sau esofagian fără greață sau eructații.

Regurgitațiile apar în *BRGE, stricturi esofagiene* și *cancer esofagian.*

Întrebați despre conținutul vărsăturilor sau regurgitațiilor și inspectați-l dacă este posibil. Ce culoare are? Ce miros are? În ce cantitate este? Poate fi nevoie să-l ajutați pe pacient în aprecierea cantității: o linguriță? două lingurițe? o cană?

Vărsăturile însoțite de durere indică *obstrucția intestinului subțire.* Vărsături cu miros fecaloid apar în *ocluzii ale intestinului subțire sau fistule gastrocolice.*

Întrebați dacă lichidul de vărsătură conține sânge și cuantificați cantitatea acestuia. Sucul gastric este limpede și mucoid. Adesea poate conține mici cantități de lichid biliar gălbui sau verzui, fără o semnificație deosebită. Vărsăturile cu nuanță maronie sau negricioasă și aspect de „zaț de cafea” sugerează prezența sângelui alterat de acidul gastric. Vărsătura în zaț de cafea sau cu sânge roșu se numește *hematemeză.*

Hematemeza poate însoți *varicele gastrice sau esofagiene, gastrita* sau *ulcerul peptic.*

Pacientul prezintă deshidratare sau dezechilibru electrolitic din cauza vărsăturilor prelungite, sau pierdere semnificativă de sânge? Simptomele lui sugerează vreo complicație a vărsăturilor, cum ar fi aspirația pulmonară, întâlnită la pacienți debilitați, obnubilați, sau vârstnici?

Simptomele hemoragiei, cum sunt amețeala sau sincopa, depind de volumul și intensitatea sângerării și sunt rare la cantități mai mici de 500 ml.

- *Anorexia* reprezintă pierderea apetitului. Aflați dacă este cauzată de intoleranța la anumite alimente sau de refuzul de a mânca din cauza anticipării unui disconfort.

Pacienții pot acuza *plenitudine abdominală* neplăcută după mese ușoare sau moderate, sau *sațietate precoce*, adică incapacitatea de mânca o masă completă. Evaluarea dietei poate fi necesară (vezi Capitolul 4, Evaluarea stării generale, semnele vitale și durerea, pag. 106-107).

Luați în considerare *gastropareza diabetică*, medicația anticolinergică, *obstrucția evacuării gastrice, cancerul gastric*, sațietatea precoce din *hepatită.*

Alte simptome gastrointestinale

Disfagia și/sau odinofagia. Mai rar, pacienții pot acuza dificultate la înghițire numită *disfagie*, manifestată prin alterarea pasajului alimentelor solide sau lichide din cavitatea bucală spre stomac. Alimentele par să se lipească, să întârzie sau „să nu alunece bine în jos”, sugerând tulburări de motilitate sau anomalii structurale. Senzația de nod în gât sau în regiunea retrosternală, nelegată de deglutiție, nu este disfagie adevărată.

Pentru tipuri de disfagie, vezi Planșa 11-2, Disfagia, pag. 456.

Semnele *disfagiei orofaringiene* includ hipersalivația, regurgitația nazo-faringiană și tusea provocată de aspirație în tulburări musculare sau neurologice care afectează motilitatea; borborismele și regurgitația cu alimente nedigerate apar în leziuni organice cum este *diverticulul Zenker.*

Cereți pacientului să indice locul unde apare disfagia.

Localizarea inferior de incizura sternală indică *disfagie esofagiană.*

Continuaţi prin a afla ce tipuri de alimente provoacă simptomele: alimentele solide, sau atât solide cât şi lichide? Stabiliţi momentul apariţiei. Când începe disfagia? Este intermitentă sau persistentă? Este progresivă? Dacă da, de cât timp? Există simptome sau afecţiuni asociate?

Dacă disfagia apare la alimente solide, luaţi în considerare leziuni organice esofagiene: stricturi esofagiene, membrană sau inel Schatzki, neoplasm esofagian; dacă este vorba de solide şi lichide, este mai probabilă o tulburare de motilitate.

Există *odinofagie*, adică durere la înghiţire?

Se iau în considerare ulceraţiile esofagiene determinate de iradiere, ingestia de substanţe caustice sau infecţii cu *Candida, virus citomegalic, virus herpes simplex* sau *HIV*. Pot fi induse şi de medicaţie (aspirină, antiinflamatoare nesteroidiene).

Modificări ale tranzitului intestinal. Este necesar să apreciaţi *tranzitul intestinal*. Începeţi cu întrebări deschise: „Cum sunt scaunele?" „Cât de frecvente?" „Aveţi probleme cu scaunul?" „Aţi observat vreo schimbare?" Limitele normalului sunt largi. Datele actuale sugerează că limita minimă normală poate fi de două scaune pe săptămână.

Unii pacienţi acuză eliminarea excesivă de gaze, numită *flatulenţă*, cantitatea normală fiind de aproximativ 600 ml pe zi.

Luaţi în considerare aerofagia, ingestia de legume sau alte alimente care fermentează, *deficitul intestinal de lactază, sindomul colonului iritabil.*

Diareea şi constipaţia. Există mari diferenţe între percepţiile pacienţilor legate de diaree şi constipaţie. Creşterea conţinutului de apă al scaunului duce la *diaree*, adică o cantitate de materii fecale de peste 200 de grame în 24 de ore. Însă pacienţii remarcă de obicei apariţia scaunelor moi, apoase, sau creşterea frecvenţei acestora.

Vezi Planşa 11-3, Constipaţia (pag. 457) şi Planşa 11-4, Diareea (pag. 458-459).

Aflaţi durata. *Diareea acută* durează 2 săptămâni sau mai puţin. *Diareea cronică* este definită prin durata de 4 săptămâni sau mai mare.

Diareea acută este de obicei de cauză infecţioasă;[16] diareea cronică este în mod caracteristic de cauză neinfecţioasă, e.g. *boala Crohn* şi *colita ulcerativă.*

Întrebaţi pacientul despre caracteristicile diareei, inclusiv volumul, frecvenţa şi consistenţa.

Scaunele apoase abundente, frecvente, apar în afecţiuni ale intestinului subţire; scaunele în cantitate redusă şi cu tenesme, sau diareea cu mucus, puroi sau sânge, apar în afecţiunile inflamatorii rectale.

În scaun există mucus, puroi sau sânge? Sunt asociate *tenesme* - nevoia imperioasă de a defeca însoţită de durere, crampe şi contracţii involuntare?

Diareea apare noaptea?

Diareea nocturnă are de obicei semnificaţie patologică.

Materiile fecale sunt uleioase? Spumoase? Au miros fetid? Plutesc la suprafaţă din cauza excesului de gaz?

Steatoreea – scaune diareice grase, cu reziduuri uleioase, spumoase sau care plutesc – apare în malabsorbţia din *boala celiacă, în insuficienţa pancreatică şi proliferarea în exces a bacteriilor din intestinul subţire.*

Afecţiunile asociate sunt importante în stabilirea posibilelor cauze. Întrebaţi despre medicaţia curentă, inclusiv preparatele din medicina alternativă şi în mod special antibioticele, călătoriile recente, obiceiurile alimentare, tranzitul intestinal obişnuit şi factorii de risc pentru imunosupresie.

Diareea este frecvent asociată cu administrarea de peniciline şi macrolide, antiacide pe bază de magneziu, metformin şi medicamente pe bază de plante.

Alt simptom frecvent este *constipaţia*. Conform definiţiilor recente constipaţia trebuie să fie prezentă o perioadă de cel puţin 12 săptămâni în ultimele 6 luni şi să îndeplinească minim două din următoarele condiţii: mai puţin de 3 scaune pe săptămână; ≥25% din defecaţii se realizează cu efort, sau cu senzaţie de evacuare incompletă; scaune tari sau zgrunţuroase; sau facilitarea manuală a defecaţiei.[17]

Întrebaţi despre frecvenţa scaunelor, prezenţa scaunelor tari sau dureroase, eforturile de defecaţie şi senzaţia de evacuare incompletă sau presiune rectală.

Aflaţi dacă pacientul îşi examinează materiile fecale şi le poate descrie culoarea şi cantitatea.

Scaunele subţiri, cu formă asemănătoare unui creion, apar în leziunile obstructive ale colonului sigmoid.

Ce remedii a încercat pacientul? Medicaţia sau stresul au vreun rol? Există afecţiuni sistemice asociate?

Luaţi în considerare medicamente precum anticolinergice, blocante ale canalelor de calciu, suplimente cu fier şi opioide. Constipaţia poate apărea şi în *diabet, hipotiroidism, hipercalcemie, scleroză multiplă, boala Parkinson* şi *scleroza sistemică.*

Uneori, tranzitul este absent atât pentru materii fecale cât şi pentru gaze: *obstrucţie intestinală.*

Absenţa tranzitului pentru materii fecale şi gaze apare în *ocluzia intestinală.*

Întrebaţi despre culoarea materiilor fecale. Pacientul prezintă *melenă* – scaune negre ca păcura, sau *hematochezie* – scaune de culoare roşie sau maronie? Aflaţi detalii legate de frecvenţa şi cantitatea sângelui prezent.

Vezi Planşa 11-5, Scaune negre şi sangvinolente, pag. 460.

Melena reflectă o *hemoragie digestivă superioară* de minim 100 ml; hematochezia reflectă o *hemoragie digestivă inferioară*, în cantitate de peste 1000 ml.

Sângele este amestecat cu materiile fecale sau se află la suprafaţa bolului fecal? Sunt doar urme de sânge rămase pe hârtia igienică sau o cantitate mai mare?

Prezenţa sângelui pe suprafaţa hârtiei igienice se poate datora *hemoroizilor.*

Icterul. La unii pacienţi icterul este evident: coloraţia galbenă a tegumentelor şi sclerelor cauzată de nivelul crescut de bilirubină, un pigment biliar rezultat în principal din degradarea hemoglobinei. În mod normal, bilirubina liberă este conjugată cu alte substanţe în hepatocite, devine astfel hidrosolubilă şi apoi se excretă în bilă. Bila este transportată prin canalul cistic în ductul biliar comun, în care drenează şi ductele biliare extrahepatice.

Distal, ductul biliar comun şi ductele pancreatice se varsă în duoden la nivelul ampulei Vater. Mecanismele de producere a icterului sunt următoarele:

- Creşterea producţiei de bilirubină;
- Scăderea captării bilirubinei de către hepatocite;
- Scăderea capacităţii ficatului de a conjuga bilirubina;
- Scăderea excreţiei bilirubinei în bilă, urmată de absorbţia fracţiunii *conjugate* înapoi în sânge.

Hiperbilirubinemia predominant neconjugată apare prin unul din primele trei mecanisme, de exemplu în *anemia hemolitică* (producţie crescută) şi *sindromul Gilbert*.

Tulburările de excreţie a bilirubinei conjugate apar în *hepatita virală, ciroza hepatică, ciroza biliară primitivă* şi colestaza indusă de medicamente cum ar fi contraceptivele orale, metil-testosteronul şi clorpromazina.

Icterul *intrahepatic* poate fi *hepatocelular*, cauzat de leziuni ale hepatocitelor, sau colestatic, produs prin alterarea excreţiei ca urmare a lezării hepatocitelor sau ductelor biliare intrahepatice. Icterul extrahepatic este determinat de obstrucţia ductelor biliare extrahepatice, cel mai adesea canalul cistic şi ductul biliar comun.

Calculii biliari sau *carcinomul pancreatic* pot produce obstrucţia ductului biliar comun.

În evaluarea pacientului icteric acordaţi atenţie specială simptomelor asociate şi împrejurărilor în care s-a instalat boala. *Ce culoare are urina* pacientului de când s-a îmbolnăvit? Când nivelul bilirubinei conjugate serice creşte, ea poate fi excretată în urină, a cărei culoare devine galben-brună (culoarea ceaiului). Bilirubina neconjugată nu este hidrosolubilă, deci aceasta nu se excretă în urină.

Urina închisă la culoare din cauza bilirubinei indică obstrucţia excreţiei bilirubinei în tractul digestiv.

Întrebaţi şi despre *culoarea materiilor fecale*. Când excreţia bilei în intestinul subţire este complet abolită, scaunul capătă un aspect cenuşiu sau decolorat – scaun acolic, complet lipsit de bilă.

Scaunele acolice pot apărea pentru scurt timp în *hepatita virală*; sunt frecvente în icterul obstructiv.

Există prurit cutanat fără o explicaţie evidentă? Se asociază durere? Care este tiparul durerii? Are caracter recurent?

Pruritul indică icter obstructiv sau colestatic; durerea poate indica distensia capsulei hepatice, o *colică biliară*, sau *cancer pancreatic*.

Puneţi întrebări despre factorii de risc pentru bolile hepatice, cum ar fi:

- *Hepatită:* Călătoriile sau mesele în zone cu condiţii igienico-sanitare precare, ingestia de apă sau alimente contaminate (hepatită A); expunerea parenterală sau a mucoaselor la fluide corporale septice: sânge, ser sanguin, spermă şi salivă, în special prin contact sexual cu un partener infectat, sau folosirea în comun de ace pentru injectarea drogurilor (hepatită B); utilizarea drogurilor intravenoase ilegale; sau transfuzii de sânge (hepatită C).
- *Hepatita alcoolică sau ciroza alcoolică* (chestionaţi pacientul cu atenţie referitor la consumul de alcool)
- *Leziunile hepatice toxice* provocate de medicamente, solvenţi industriali sau toxine din mediu.

- *Afecţiunile vezicii biliare sau intervenţiile chirurgicale* la acest nivel se pot complica cu obstrucţie biliară extrahepatică

- *Boli ereditare* în istoricul familial

TRACTUL URINAR

Întrebările generale pentru istoricul urinar includ: „Aveţi dificultăţi la urinare?" „Cât de frecvent urinaţi?" „Sunteţi nevoit să vă treziţi noaptea? Cât de des?" „Care este cantitatea evacuată la o micţiune?" „Simţiţi durere sau arsuri?" „Aveţi probleme în a ajunge la toaletă la timp?" „Pierdeţi vreo picătură de urină? Sau vă udaţi involuntar?" Pacientul simte când vezica este plină şi când se produce evacuarea?

Vezi Plaşa 11-6, Polakiuria, nicturia şi poliuria (pag. 461).

Micţiunea involuntară sau neconştientizată sugerează un deficit cognitiv sau neurosenzitiv.

La pacientele de sex feminin întrebaţi dacă pierd urină atunci când tuşesc intempestiv, strănută sau râd. Aproximativ o jumătate din femeile tinere acuză această problemă, chiar înainte de prima sarcină. Pierderile ocazionale nu au neapărat importanţă. Întrebaţi bărbaţii mai vârstnici: „Aveţi probleme la începutul urinării?" „Trebuie să staţi aproape de vasul toaletei ca să puteţi urina?" „Au apărut schimbări în forţa sau dimensiunile jetului, sau vă forţaţi să urinaţi?" „Aveţi ezitări sau vă opriţi în mijlocul micţiunii?" „Observaţi picurare după urinare?"

Incontinenţa urinară de efort apare din cauza scăderii presiunii intrauretrale (pag. 462-463).

Aceste probleme sunt frecvente la bărbaţii cu obstrucţie parţială a evacuării vezicale determinată de *hiperplazia benignă de prostată* sau de *stricturile uretrale.*

Durerea suprapubiană. Afecţiunile tractului urinar pot produce durere fie abdominală, fie la nivelul spatelui. Afecţiunile vezicii urinare pot cauza *durere suprapubiană.* În *infecţiile vezicale*, durerea în abdomenul inferior este surdă şi cu caracter de presiune. În supradistensia bruscă a vezicii, durerea este adesea chinuitoare; în schimb, distensia vezicală cronică este de obicei nedureroasă.

Durerea din supradistensia vezicală bruscă apare în retenţia urinară acută.

Disuria, micţiunea imperioasă, şi polakiuria. Infecţia sau iritaţia vezicii urinare sau uretrei determină diverse simptome. Cel mai frecvent apare *durerea la micţiune*, descrisă de obicei ca o senzaţie de arsură. Unii medici denumesc această tulburare *disurie*, în timp ce alţii folosesc acest termen pentru dificultăţile apărute la urinare. Femeile pot acuza disconfort intern uretral, descris ca o presiune sau o arsură externă produsă de fluxul urinar în contact cu labiile iritate sau inflamate. La bărbaţi senzaţia de arsură apare proximal de glandul penian. În contrast, *durerea prostatică* este percepută la nivelul perineului şi, ocazional, al rectului.

Micţiunile dureroase acompaniază *cistita* sau *uretrita.*

În prezenţa disuriei, luaţi în considerare calculii vezicali, corpii străini, tumorile, sau *prostatita acută.* La femei, senzaţia de arsură internă apare în *uretrită*, iar cea externă în *vulvo-vaginită.*

Frecvent există simptome asociate. *Urgenţa micţională (micţiunea imperioasă)* este o nevoie neobişnuit de intensă şi urgentă de evacuare a vezicii, care uneori duce la pierderi involuntare de urină – *incontinenţa de necesitate.* Poate apărea şi *polakiurie* – frecvenţa crescută a micţiunilor. Întrebaţi pacientul dacă a prezentat febră, frisoane, sânge în urină, sau durere în abdomen, flanc sau regiunea dorsolombară (vezi ilustraţia de la pagina următoare). Bărbaţii cu obstrucţie parţială a jetului urinar acuză adesea *dificultate (ezitare) în iniţierea jetului urinar, efort la micţiune, reducerea calibrului şi forţei jetului urinar, sau picurare după micţiune.*

Micţiunea imperioasă sugerează infecţii sau iritaţii ale vezicii. La bărbaţi, urinarea dureroasă, fără polakiurie sau nevoie imperioasă sugerează o *uretrită.*

Vezi Planşa 15-3, Modificări patologice ale glandei prostate (pag. 570).

Poliuria şi nicturia. Există trei termeni suplimentari care descriu modificări importante ale ritmului urinării. *Poliuria* se referă la creşterea semnificativă a volumului urinei excretate în 24 de ore, peste valoarea de 3 litri. Trebuie deosebită de polakiurie, care poate implica micţiuni numeroase şi abundente, sau micţiuni reduse cantitativ în infecţii. *Nicturia* se referă la urinări frecvente în timpul nopţii, fiind o tulburare care trezeşte pacientul de mai multe ori; volumul urinar poate fi crescut sau redus. Aflaţi aportul zilnic de lichide al pacientului. Notaţi orice schimbare în programul urinărilor nocturne şi numărul ieşirilor la toaletă ale pacientului.

Creşterea anormală a producţiei renale de urină determină poliurie. Polakiuria fără poliurie în cursul zilei sau nopţii sugerează o tulburare vezicală sau un obstacol la nivelul colului vezicii sau inferior de acesta.

Incontinenţa urinară. Până la 30% din pacienţii vârstnici sunt îngrijoraţi de *incontinenţa urinară* – pierderea involuntară de urină care poate deveni stânjenitoare în societate sau poate crea probleme de igienă. Dacă pacientul acuză incontinenţă, întrebaţi când apare şi cât de frecvent. Aflaţi dacă pacientul pierde mici cantităţi de urină la creşterea presiunii intraabdominale determinată de tuse, strănut, râs sau ridicarea greutăţilor. Are pacientul dificultăţi în a controla urinarea din momentul în care apare necesitatea micţiunii şi pierde o cantitate mare de urină? Are senzaţia de plenitudine vezicală, adesea cu scurgeri de urină, sau pierde cantităţi mici dar are dificultăţi în a goli vezica?

Vezi Planşa 11-7, Incontinenţa urinară (pag. 462-463).

Incontinenţa de efort la creşterea presiunii intraabdominale sugerează scăderea contractilităţii sfincterului uretral sau defecte de susţinere a colului vezicii; *incontinenţa de necesitate,* cu pierderi de urină, sugerează hiperactivitatea detrusorului vezical; *incontinenţa de preaplin,* în care vezica poate fi golită numai când presiunea din vezică o depăşeşte pe cea din uretră, indică o obstrucţie organică prin hipertrofie de prostată sau stricturi, ori tulburări neurogene.

După cum s-a descris anterior, golirea vezicii urinare implică mecanisme neuroreglatorii şi motorii complexe (vezi pag. 417). Unele leziuni nervoase centrale sau periferice pot afecta evacuarea normală. Poate pacientul simţi când vezica este plină? Şi când survine evacuarea? Deşi există patru mari clase de incontinenţă vezicală, un singur pacient poate avea mai multe cauze ale aceste suferinţe.

În plus, starea de activitate a pacientului poate afecta semnificativ comportamentul micţional, chiar în condiţiile unui tract urinar intact. Este pacientul mobilizabil? Alert? Poate răspunde impulsului de a urina şi se poate deplasa la baie? Starea sa de conştienţă sau micţiunile sunt influenţate de medicaţie?

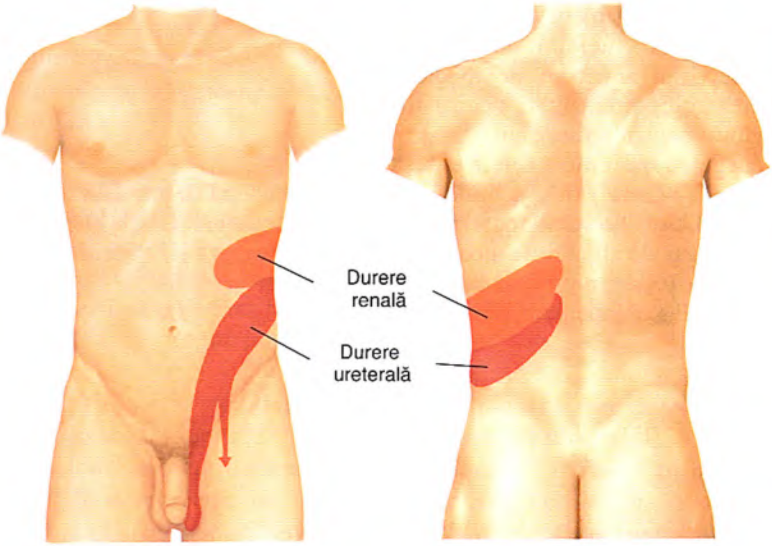
Incontinenţa funcţională poate fi întâlnită în tulburări cognitive, leziuni musculoscheletice, sau la pacienţii imobilizaţi.

Hematuria. Prezenţa sângelui în urină, *hematuria*, este un motiv serios de îngrijorare. Când este vizibilă cu ochiul liber, poartă numele de *hematurie macroscopică*. Urina poate avea aspect franc sangvinolent. Dacă sângele poate fi detectat numai prin examinare microscopică atunci este vorba despre *hematurie microscopică*. Mici cantităţi de urină pot colora uşor urina într-o nuanţă de roz sau maron. La femei aveţi grijă să diferenţiaţi sângele menstrual de hematurie. Dacă urina are nuanţă roşiatică, întrebaţi despre consumul de sfeclă roşie sau medicamente care o pot colora. Testaţi urina şi examinaţi-o microscopic înainte de a afirma prezenţa *hematuriei*.

Durerea renală sau în flanc; colica ureterală. Afecţiunile tractului urinar pot produce şi *durere renală*, descrisă ca o *durere în flanc* inferior de arcul costal posterior, lângă unghiul costo-vertebral. Poate iradia anterior, către ombilic. Durerea renală este o durere viscerală produsă de obicei prin distensia capsulei renale, şi are caracter surd, chinuitor, permanent. *Durerea ureterală* este complet diferită. Este severă şi colicativă, are origine la nivelul unghiului costo-vertebral şi iradiază în jurul trunchiului spre anterior, până în cadranul inferior al abdomenului, sau chiar în partea superioară a coapsei, testicul sau labie. Durerea ureterală este cauzată de distensia bruscă a ureterului şi bazinetului. Întrebaţi despre asocierea cu febră, frisoane sau hematurie.

Durerea renală, febra şi frisoanele sunt prezente în *pielonefrita acută.*

Colica renală sau ureterală este determinată de obstrucţia bruscă a ureterului, care poate fi produsă de calculi urinari sau cheaguri sanguine.



PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Screening pentru abuzul de alcool
- Factori de risc pentru hepatita tip A, B şi C
- Screening pentru cancerul de colon

Screening pentru abuzul de alcool. Un medic atent sesizează adesea indicii ale consumului nesănătos de alcool din comportamentul social şi problemele comportamentale observate în timpul anamnezei. Pacienţii pot descrie episoade anterioare de pancreatită, istoric familial de alcoolism, sau arestarea pentru conducere sub influenţa alcoolului. Examinarea abdomenului poate releva modificări sugestive: hepatosplenomegalie, ascită sau chiar *caput medusa* (cap de meduză), o circulaţie colaterală dată de recanalizarea venelor ombilicale dispuse radiar ascendent pe peretele abdominal, pentru reducerea hipertensiunii portale.

Alte modificări caracteristice sunt steluţele vasculare (telangiectazii în "pânză de păianjen"), eritemul palmar şi edemele periferice.

Abuzul sau dependenţa de alcool sunt în creştere, iar în acest moment afectează 8,5% din populaţia SUA, adică 17,6 milioane de persoane.[18] Prevalenţa de-a lungul vieţii este de 13,5%, iar în serviciile de urgenţă şi cele de traumatologie prevalenţa atinge 30-40%, respectiv 50%.[19,20] Tot mai frecvent, dependenţele sunt privite ca tulburări de comportament cronice recidivante determinate de relocări ale neurotransmiţătorilor cerebrali induse de anumite substanţe şi care produc toleranţă, dependenţă fizică, sensibilizare, dorinţă intensă şi recădere (vezi pag. 144). Dependenţa de alcool asociază numeroase sechele şi este înalt corelată cu accidente de maşină fatale, suicid şi alte tulburări psihice, destrămarea familiei, violenţă, hipertensiune, ciroză şi cancere ale tractului gastrointestinal superior şi ficatului.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, pag. 143-144.

Deoarece identificarea precoce a persoanelor cu comportament cu risc crescut poate fi dificilă, este foarte importantă cunoaşterea criteriilor de bază ale screeningului pentru consumul de alcool. Serviciul american de medicină preventivă recomandă screeningul şi consilierea comportamentală pentru toţi adulţii în cabinetele de îngrijire primară, inclusiv pentru femeile însărcinate.[21] Dacă pacientul consumă băuturi alcoolice, alegeţi unul dintre cele trei teste validate pentru screening: chestionarul CAGE, Testul de identificare a tulburărilor legate de consumul de alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT), sau chestionarul de screening legat de abuzul de alcool: „În ultimul an, de câte ori aţi consumat 4 sau mai multe pahare pe zi (pentru femei) sau 5 sau mai multe pahare pe zi (pentru bărbaţi)?" Limitele pentru consumul riscant sau periculos sunt:

Vezi cele patru întrebări ale chestionarului CAGE, Capitolul 3, Anamneza şi istoricul medical, pag. 84

- Femei: ≥3 pahare o dată şi ≥7 pahare pe săptămână
- Bărbaţi: ≥4 pahare o dată şi ≥14 pahare pe săptămână

Adaptaţi recomandările de tratament la gravitatea problemei; acestea pot varia de la scurte internări pentru dezintoxicare până la reabilitare de lungă durată (vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, pag. 144).

Factorii de risc pentru hepatita tip A, B şi C. Principala măsură de protecţie a adulţilor împotriva hepatitelor virale este folosirea ghidurilor de vaccinare pentru hepatita A şi hepatita B, vaccinarea fiind cea mai eficientă metodă de prevenire a infecţiei şi transmiterii bolii. La fel de importantă este educarea pacienţilor în legătură cu transmiterea virusurilor hepatitice şi cu beneficiile vaccinării populaţiei cu risc crescut.

Hepatita A. Transmiterea hepatitei A se face pe cale fecal-orală: infestarea cu fecale a celor care manipulează alimente determină contaminarea apei şi alimentelor, urmată de infectarea celor aflaţi în contact direct în gospodărie şi în mediul familial extins. Copiii infectaţi sunt adesea asimptomatici şi joacă un rol cheie în transmiterea bolii. În 2006, CDC a recomandat vaccinarea împotriva hepatitei A pentru copii şi pentru persoanele cu risc crescut, cum sunt cei care călătoresc în arii endemice, cuplurile homosexuale, utilizatorii de droguri injectabile ilicite şi persoanele cu boli hepatice cronice. Pentru protecţia rapidă şi profilaxia contacţilor familiali şi a călătorilor, se pot administra imunoglobuline serice înainte de contactul cu hepatita A şi în intervalul de două săptămâni după. Sfătuiţi pacienţii să se spele pe mâini cu apă şi săpun înainte de a folosi toaleta, de a schimba scutece şi înainte de a prepara sau consuma alimente.[22,23]

Hepatita B. Hepatita B reprezintă o ameninţare mai severă a sănătăţii pacientului. Aproximativ 95% din infecţiile adultului sănătos sunt auto-limitate, cu eliminarea virusului din sânge şi instalarea imunităţii.[24] Infecţia cronică apare la 5% din pacienţii cu vârsta peste 5 ani, şi aproximativ 15% din cei infectaţi după perioada de copilărie decedează prematur din cauza cirozei sau cancerului hepatic. Cei mai mulţi (aproximativ 70%) sunt asimptomatici până în momentul în care dezvoltă afectare hepatică severă. Centrul pentru controlul şi profilaxia bolilor (CDC) a identificat trei categorii de risc:

- *Partenerii sexuali*, care includ pe cei ai pacienţilor infectaţi, persoanele cu mai mult de un partener sexual în ultimele 6 luni, persoanele care solicită consultaţie şi tratament pentru boli cu transmitere sexuală, şi bărbaţii homosexuali.

- *Persoanele cu expunere cutanată sau mucoasă la sânge*, inclusiv utilizatorii de droguri injectabile, rudele persoanelor antigen-pozitive, pacienţii şi personalul centrelor pentru persoane cu dizabilităţi, personalul sanitar şi persoanele care fac dializă.

- *Alţii*, cei care călătoresc în zone endemice, persoanele cu boli hepatice cronice şi infecţie cu HIV şi cele care solicită profilaxie pentru infecţia cu virusul hepatitic B.

Centrul pentru controlul şi profilaxia bolilor (CDC) a emis noi recomandări privind imunizarea extinsă împotriva hepatitei B în 2006.[24] Vaccinarea este recomandată pentru următoarele grupuri populaţionale:

- Toţi adulţii aflaţi în mediu cu risc crescut, cum sunt cei care lucrează în clinici pentru boli cu transmitere sexuală, în programele de testare HIV şi tratament, în programele pentru dependenţii de droguri inclusiv injectabile, în instituţiile de corecţie, în programele pentru homosexuali, în secţiile de dializă şi pentru bolnavi renali în stadii terminale, şi în instituţiile pentru persoanele cu dizabilităţi

- În structurile de asistenţă medicală primară şi de specialitate, adulţii aflaţi în grupuri cu risc sau care solicită vaccinarea împotriva hepatitei B, chiar fără a avea vreun factor de risc specific

- Adulţii cu expunere profesională la sânge sau alte fluide corporale potenţial septice

Serviciul american de medicină preventivă recomandă screeningul tuturor femeilor însărcinate la prima consultaţie prenatală.[22]

Hepatita C. Hepatita C se transmite prin expunerea transcutanată repetată la sânge şi afectează aproximativ 2% din adulţii din SUA. Totuşi, prevalenţa atinge 50-90% în grupurile cu risc înalt.[22] Cei mai mari factori de risc sunt folosirea drogurilor injectabile şi transfuziile cu factori de coagulare efectuate înainte de anul 1987. Alţi factori de risc includ hemodializa, parteneri sexuali care utilizează droguri injectabile, transfuziile de sânge sau transplantul de organ efectuate înainte de anul 1992, bolile hepatice nediagnosticate, copiii născuţi din mame infectate, expunerea ocupaţională, partenerii sexuali multipli, sau un partener sexual infectat. Transmiterea pe cale sexuală este rară. Infecţia cronică apare la 55-85% din persoanele infectate; boala hepatică cronică este prezentă la 70% din cei cu infecţie cronică.[25] Deoarece nu există vaccin pentru prevenirea bolii, un rol critic are screeningul pentru factorii de risc şi testarea contacţilor persoanelor infectate, precum şi consilierea pentru evitarea factorilor de risc, inclusiv a tatuajelor.

Screeningul pentru cancerul colorectal. Cancerul colorectal este al treilea cancer ca frecvenţă atât la femei cât şi la bărbaţi, reprezentând aproape 10% din toate decesele prin cancer.[26] În peste 90% din cazuri boala apare după vârsta de 50 de ani, de obicei prin modificări neoplazice ale polipilor adenomatoşi. Rata mortalităţii este în descreştere, ceea ce reflectă îmbunătăţirea diagnosticării precoce şi a tratamentului. Dovezi recente au determinat revizuirea ghidurilor de screening de către grupurile multidisciplinare de experţi, inclusiv Societatea Americană de Oncologie în 2003 şi 2006, prin punerea accentului pe stratificarea riscului, utilizarea colonoscopiei şi managementul pacienţilor după polipectomie.[27,28]

- *Evaluarea riscului.* La pacienţii în vârstă de 20 ani, medicul trebuie să evalueze riscul cu ajutorul întrebărilor de mai jos. Pacienţii cu vârstă ≥50 de ani care răspund negativ la aceste trei întrebări au *risc mediu*; dacă au vârsta sub 50 de ani, nu este necesar screeningul. Un răspuns pozitiv justifică screeningul pentru depistarea unui risc crescut sau înalt de cancer colorectal şi recomandarea consultului de specialitate.[27,28]

    - Pacientul a avut cancer colorectal sau un polip adenomatos?

    - Pacientul are o afecţiune care creşte riscul de cancer colorectal, cum ar fi o boală inflamatorie intestinală?

    - Pacientul are un membru al familiei cu cancer colorectal sau polip adenomatos? Dacă da, câţi membrii, la ce vârstă, şi dacă este vorba despre o rudă de gradul întâi (părinte, frate sau fiu/fiică)?

- *Screeningul pentru persoanele cu risc mediu.* Deoarece nici una din metodele de screening nu este net superioară, începând de la vârsta de 50 de ani pacienţilor cu risc mediu trebuie să li se propună una din următoarele cinci opţiuni:

    - Testul pentru identificarea sângerărilor oculte în scaun (Fecal occult blood test – FOBT) anual, folosind şase mostre fără rehidratare. O singură mostră are o sensibilitate de aproximativ 5% în identificarea neoplaziilor avansate, comparativ cu circa 24% dacă se folosesc şase mostre; deci testarea unei singure mostre nu este suficientă.[29, 30] Dacă rezultatul testului în cazul unei singure mostre este pozitiv, se recomandă colonoscopie.

    - Sigmoidoscopie cu endoscop flexibil la fiecare 5 ani

    - FOBT asociat cu sigmoidoscopie cu endoscop flexibil

    - Colonoscopie la fiecare 10 ani

    - Clismă baritată cu dublu contrast la fiecare 5 ani

- *Screeningul pentru persoanele cu risc crescut.* Colonoscopia la intervalele specificate mai jos este indicată pentru următorii factori care cresc riscul:

    - Un singur polip adenomatos mic (<1 cm): între 3 şi 6 ani după polipectomie

    - Un singur polip adenomatos mare (>1 cm), adenoame multiple, adenom cu displazie de grad înalt sau componentă viloasă: în primii 3 ani după polipectomie

    - Istoric de cancer de colon rezecat: în primul an de la operaţie

- Orice rudă de gradul întâi cu vârsta sub 60 de ani, două sau mai multe rude de gradul întâi diagnosticate cu cancer colorectal sau polipi adenomatoşi: începând cu vârsta de 40 de ani sau cu 10 ani înainte de vârsta în momentul diagnosticului a celei mai tinere rude cu cancer colorectal (oricare survine prima). Aproximativ 15% din cazurile de cancer colorectal au agregare familială.[31]

- *Screeningul pentru persoanele cu risc înalt.* Factorii de risc înalt includ antecedentele heredo-colaterale de polipoză adenomatoasă familială (întâlnite în 1% din cancerele colorectale), de cancer colorectal ereditar non-polipozic (în aproximativ 3-4%) şi antecedentele personale de boală inflamatorie colonică, colită ulcerativă sau boală Crohn. Consultul de specialitate, testarea genetică şi supravegherea precoce sunt recomandate tuturor acestor grupuri.[28,31,32]

Alţi factori de risc pentru cancerul colorectal. Unele studii sugerează ca posibili factori care cresc riscul: diabetul (o creştere de aproximativ 30%), consumul de alcool, obezitatea, fumatul şi dieta bogată în grăsimi. Există dovezi care susţin că anumiţi factori au rol protector: dieta bogată în fructe, legume şi fibre, exerciţii fizice regulate şi administrarea de aspirină sau antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Rezultatele studiilor privind beneficiile dietei bogate în fibre, fructe şi legume şi sărace în grăsimi rămân controversate.[33,34] Serviciul american de medicină preventivă recomandă *evitarea* administrării de rutină a aspirinei şi AINS pentru profilaxia cancerului colorectal la persoanele cu risc mediu, deoarece există dovezi neconcludente că aceşti agenţi duc la scăderea mortalităţii prin cancer colorectal, în schimb există dovezi certe privind creşterea incidenţei sângerărilor gastrointestinale şi a leziunilor renale.[35]

TEHNICI DE EXAMINARE

Pentru a facilita examinarea abdomenului aveţi nevoie de lumină bună, iar pacientul trebuie să fie relaxat, acoperit de halat, şi cu abdomenul expus de la nivelul procesului xifoid până la simfiza pubiană. Zona inghinală trebuie să fie vizibilă. Organele genitale rămân acoperite. Musculatura abdominală trebuie să fie relaxată pentru a îmbunătăţi toate aspectele examinării, în special palparea.

Indicii pentru îmbunătăţirea examinării abdomenului

- Asiguraţi-vă că pacientul are vezica urinară goală.
- Aşezaţi pacientul confortabil în decubit dorsal, cu o pernă sub cap şi eventual alta sub genunchi. Strecuraţi-vă mâna sub partea inferioară a spatelui pentru a vedea dacă pacientul este relaxat şi perfect întins.
- Cereţi pacientului să-şi ţină braţele întinse pe lângă corp sau încrucişate pe piept. Plasarea braţelor deasupra capului ar produce întinderea şi tensionarea peretelui abdominal, făcând palparea dificilă. Expuneţi aria cuprinsă între linia bimamelonară şi simfiza pubiană.
- Înainte de a începe palparea, cereţi pacientului să indice zona dureroasă, care trebuie examinată ultima.
- Încălziţi-vă mâinile (prin frecare sau plasare în apă caldă) şi stetoscopul. La început puteţi palpa prin îmbrăcăminte pentru a absorbi căldură de la corpul pacientului înainte de a expune abdomenul.
- Apropiaţi-vă de pacient calm şi evitaţi mişcările bruşte, neaşteptate. *Priviţi faţa pacientului pentru a vedea orice semn de durere sau disconfort.* Asiguraţi-vă că nu aveţi unghii lungi.
- Distrageţi atenţia pacientului, dacă este nevoie, cu discuţii şi întrebări. Dacă pacientul este speriat sau se gâdilă, începeţi palparea ţinând mâna pacientului sub mâinile voastre. După câteva momente, strecuraţi-vă mâna dedesubt pentru a palpa direct.

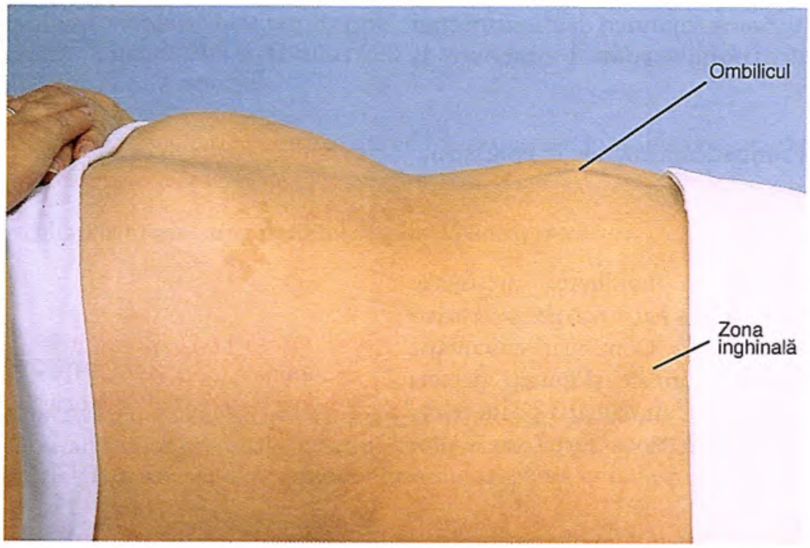
Arcuirea spatelui împinge abdomenul spre anterior şi contractă muşchii abdominali.

Vizualizaţi fiecare organ aflat în regiunea pe care o examinaţi. Staţi în picioare în dreapta pacientului şi efectuaţi examenul fizic al abdomenului în următoarea ordine: inspecţie, auscultaţie, percuţie şi palpare. Evaluaţi ficatul, splina, rinchii şi aorta.

ABDOMENUL

Inspecţia

Din poziţia obişnuită, stând în picioare în dreapta patului, inspectaţi abdomenul. În timp ce observaţi conturul abdomenului, urmăriţi peristaltismul. Uneori poate fi util să vă aşezaţi sau să vă aplecaţi pentru a vedea abdomenul tangenţial.



Inspectaţi suprafaţa, contururile şi mişcările abdomenului, inclusiv următoarele:

- *Tegumentul.* Observaţi:

    Cicatrici. Descrieţi sau schiţaţi localizarea lor.

    Striuri cutanate. Striurile vechi argintii sau vergeturile sunt normale.

    Striuri cutanate roz-violacee în *sindromul Cushing*

    Vene dilatate. Câteva vene mici pot fi vizibile în mod normal.

    Vene dilatate în *ciroza hepatică* sau în *obstrucţia venei cave inferioare*

    Iritaţii şi leziuni.

- *Ombilicul.* Observaţi-i conturul şi localizarea, precum şi orice inflamaţie sau tumefiere care sugerează o hernie.

    Vezi Planşa 11-8, Deformări protruzive localizate ale peretelui abdominal (pag. 464).

- *Conturul abdomenului.*

    Este plan, rotunjit, proeminent sau scafoid (cu concavitate sau depresiune marcată)?

    Vezi Planşa 11-9, Abdomenul proeminent (pag. 465).

    Flancurile sunt proeminente, sau există vreo protuberanţă locală? Examinaţi zonele inghinale şi femurale.

    Bombarea flancurilor în *ascită;* bombare suprapubiană produsă de distensia vezicii urinare sau de uterul gravid; hernii

    Este abdomenul simetric?

    Asimetria determinată de un organ mărit sau o masă tumorală

    Sunt vizibile organe sau mase tumorale? Căutaţi dacă există hepatomegalie sau splenomegalie (ficat sau splină mărite care coboară sub rebordul costal).

    Formaţiune în abdomenul inferior - o tumoră ovariană sau uterină

- *Peristaltismul.* Urmăriţi abdomenul câteva minute dacă suspectaţi obstrucţia intestinală. Unde peristaltice normale pot fi observate la persoanele foarte slabe.

Unde peristaltice accentuate în *obstrucţia intestinală*

- *Pulsaţiile.* Pulsaţiile normale ale aortei sunt adesea vizibile în epigastru.

Pulsaţii evidente în a*nevrismul aortic sau în creşterea presiunii pulsului*

Auscultaţia

Auscultaţia oferă informaţii importante legate de motilitatea intestinală. *Auscultaţi abdomenul înainte de a efectua percuţia sau palparea, deoarece aceste manevre pot modifica frecvenţa zgomotelor intestinale.* Continuaţi auscultaţia până vă familiarizaţi cu zgomotele intestinale normale şi puteţi detecta modificări sugestive pentru inflamaţie sau obstrucţie. Auscultaţia poate releva *sufluri* asemănătoare suflurilor cardiace, localizate în zona aortei sau a altor artere din abdomen.

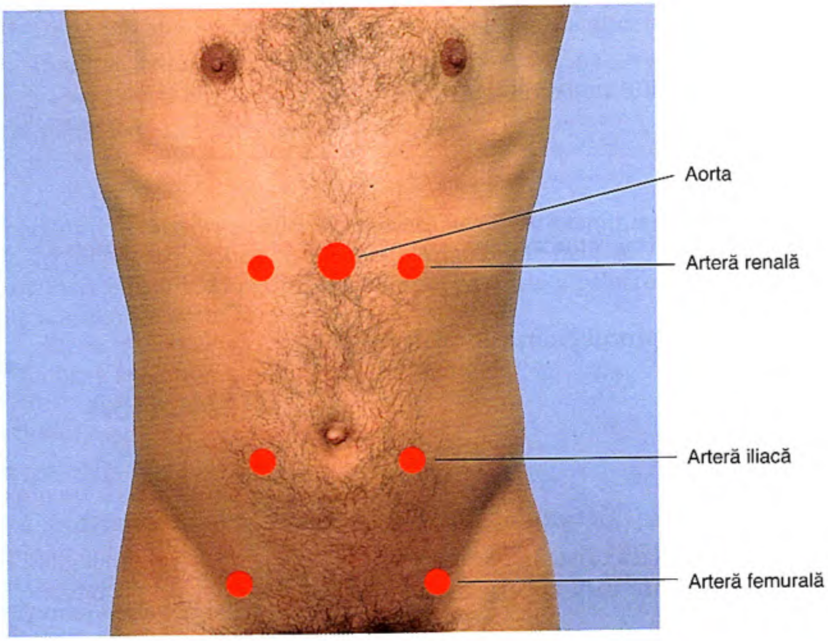
Vezi Planşa 11-10, Zgomotele abdominale (pag. 466).
Suflurile sugerează boală ocluzivă vasculară.

Plasaţi membrana stetoscopului cu blândeţe pe abdomen. Auscultaţi zgomotele intestinale şi observaţi frecvenţa şi caracterul acestora. Sunetele normale constau în clipoceli şi bolboroseli şi apar cu o frecvenţă estimată de 5 până la 34 pe minut. Uneori se pot auzi *borborisme* – bolboroseli prelungite de hiperperistaltism – denumite popular „chiorăieli ale stomacului". Deoarece zgomotele intestinale se transmit în toate direcţiile în abdomen, este suficientă auscultarea lor într-un singur punct, cum ar fi cadranul inferior drept.

Zgomotele intestinale pot fi modificate de diaree, obstrucţie intestinală, *ileus paralitic* şi *peritonită.*

Suflurile abdominale şi frecăturile peritoneale. Dacă pacientul are hipertensiune arterială, auscultaţi în epigastru şi în fiecare cadran superior pentru *sufluri.* Ulterior, pe parcursul examinării, când pacientul este ridicat, auscultaţi şi în unghiurile costovertebrale. Uneori pot fi auzite în mod normal sufluri epigastrice limitate la sistolă.

Un suflu în una din aceste arii cu componentă sistolică şi diastolică sugerează intens *stenoza arterei renale* drept cauză a hipertensiunii.



Auscultaţi suflurile la nivelul aortei, arterelor iliace şi arterelor femurale. Suflurile limitate la sistolă sunt relativ frecvente şi nu semnifică în mod obligatoriu boală ocluzivă.

Suflurile cu componentă atât sistolică cât şi diastolică sugerează curgerea turbulentă a sângelui în *ocluzia arterială parţială* sau în *insuficienţa arterială.*

Punctele de auscultaţie pentru suflurile în aceste vase sunt ilustrate pe pagina anterioară.

Auscultaţi la nivelul ariei ficatului şi splinei pentru *frecături.*

Frecătură peritoneală în tumori hepatice, infecţii gonococice perihepatice, infarct splenic

Percuţia

Percuţia vă ajută în evaluarea cantităţii şi distribuţiei gazelor în abdomen şi în identificarea unor eventuale mase tumorale solide sau pline cu lichid. Utilitatea percuţiei în estimarea dimensiunilor ficatului şi splinei va fi descrisă ulterior.

Percutaţi uşor abdomenul în toate cele patru cadrane pentru a evalua distribuţia ariilor de *sonoritate (timpanism)* şi *matitate.* În general predomină sonoritatea din cauza gazelor din tractul gastrointestinal, dar există şi câteva zone de matitate determinate de lichide şi fecale.

Un abdomen proeminent cu timpanism generalizat sugerează *obstrucţie intestinală.* Vezi Planşa 11-9, Abdomenul proeminent (pag. 465).

- Observaţi orice arie lărgită de matitate care poate indica prezenţa unui organ mărit sau a unei mase tumorale. Aceste observaţii vă vor ghida palparea.

Uter gravid, tumori ovariene, vezică urinară destinsă, hepato- sau splenomegalie

- Pe fiecare parte a unui abdomen proeminent, observaţi zona în care sonoritatea abdominală este înlocuită de matitatea organelor solide situate posterior.

Matitate în ambele flancuri impune investigarea pentru ascită (pag. 448-449).

Percutaţi zona inferioară a toracelui anterior, delimitată superior de plămâni şi inferior de rebordul costal. În partea dreaptă veţi găsi matitatea ficatului; în partea stângă, sonoritatea camerei cu aer gastrice şi a flexurii splenice a colonului.

În *situs inversus* (afecţiune rară) organele sunt inversate: sonoritate aerică pe dreapta, matitate hepatică pe stânga.

Palparea

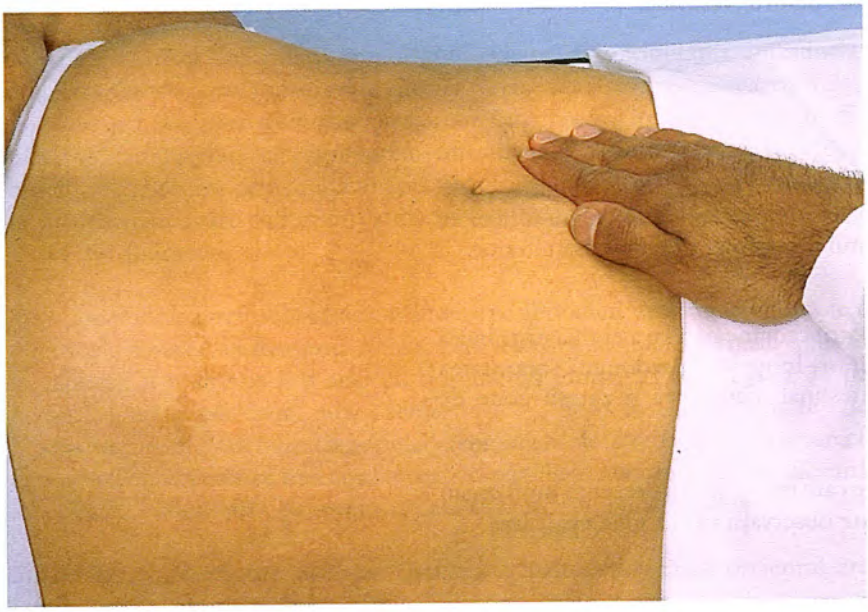
Palparea superficială. Palparea blândă a abdomenului este utilă în special pentru indentificarea sensibilităţii peretelui abdominal, a apărării musculare şi a unor organe şi mase tumorale superficiale. Ajută de asemenea la liniştirea şi relaxarea pacientului.

Ţineţi mâna şi antebraţul în plan orizontal cu degetele lipite între ele şi aşezate pe suprafaţa abdomenului şi palpaţi cu mişcări uşoare, blânde. Când mişcaţi mâna dintr-un loc în altul, ridicaţi-o uşor de pe tegument. Deplasându-vă uşor, palpaţi toate cadranele.

Identificaţi orice organ sau masă tumorală superficială şi orice arie sensibilă sau rezistentă la palpare. Dacă există sensibilitate, încercaţi să faceţi diferenţa între apărarea voluntară şi contracţia musculară involuntară. Pentru a face asta:

- Încercaţi toate metodele de relaxare pe care le cunoaşteţi (vezi pag. 434).

Rigiditatea involuntară (contractura musculară) persistă de obicei în ciuda acestor manevre. Indică *inflamaţie peritoneală.*



- Căutaţi relaxarea musculaturii abdominale care însoţeşte în mod normal expirul.
- Cereţi pacientului să respire cu gura larg deschisă.

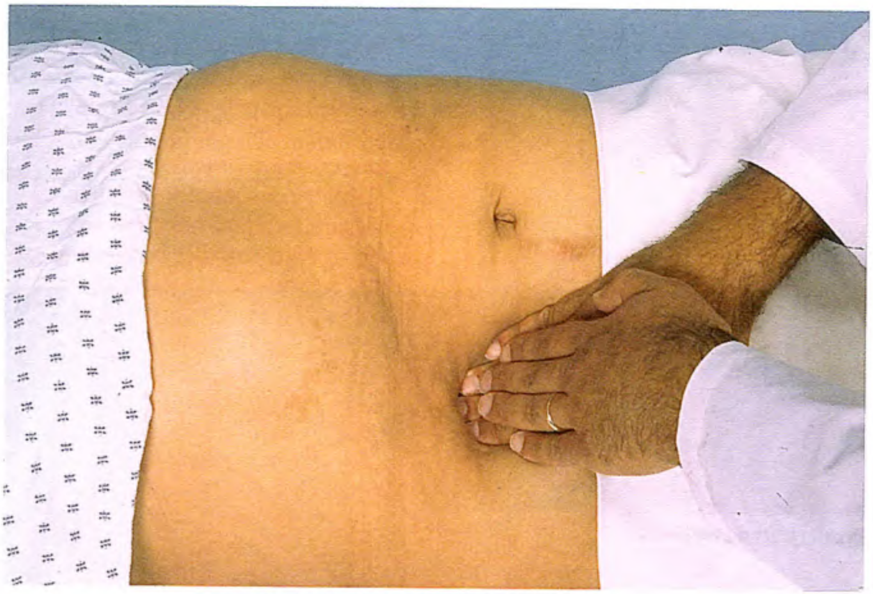
Apărarea voluntară scade de obicei prin aceste manevre.

Palparea profundă. Aceasta este necesară pentru delimitarea maselor abdominale. Folosind din nou faţa palmară a degetelor, palpaţi toate cele patru cadrane. Identificaţi orice masă solidă şi notaţi localizarea, dimensiunea, forma, consistenţa, sensibilitatea, prezenţa pulsaţiilor şi mobilitatea cu respiraţia sau la palpare. Corelaţi constatările făcute la palpare cu cele de la percuţie.

Masele abdominale pot fi clasificate în mai multe categorii: fiziologice (uterul gravid), inflamatorii (*diverticulita* colonului), vasculare (anevrism aortic abdominal), neoplazice (carcinom de colon), sau obstructive (vezică urinară destinsă sau ansă intestinală dilatată).

Evaluarea inflamaţiei peritoneale. Durerea şi sensibilitatea abdominală, mai ales asociate cu contractura musculară, sugerează inflamaţia peritoneului parietal. Localizaţi durerea cât mai exact posibil. La început, chiar înaintea palpării, *cereţi pacientului să tuşească* şi determinaţi locul unde apare durerea. Apoi *palpaţi blând cu un deget*, pentru a delimita aria sensibilă. Durerea produsă de percuţia uşoară are aceeaşi valoare în localizare. Aceste manevre blânde pot fi suficiente pentru identificarea unei arii de inflamaţie peritoneală.

Durerea abdominală declanşată de tuse sau percuţie uşoară sugerează inflamaţie peritoneală. Vezi Planşa 11-11, Sensibilitatea abdominală (pag. 467-468).



PALPARE PROFUNDĂ BI-MANUALĂ

Dacă nu sunt suficiente, căutaţi *sensibilitatea de recul.* Apăsaţi cu degetele ferm şi încet, apoi retrageţi-le rapid. Observaţi dacă apar semne de durere. Întrebaţi pacientul: „Când vă doare mai tare, când apăs sau când iau mâna?" Rugaţi pacientul să localizeze exact durerea. Durerea provocată sau agravată de retragerea bruscă a degetelor examinatoare constituie *sensibilitatea de recul* determinată de mişcarea rapidă a peritoneului inflamat.

Sensibilitatea de recul sugerează inflamaţie peritoneală. Dacă sensibilitatea este resimţită în alt loc decât cel în care încercaţi să provocaţi reculul, atunci acea zonă poate fi sursa reală a problemei.

FICATUL

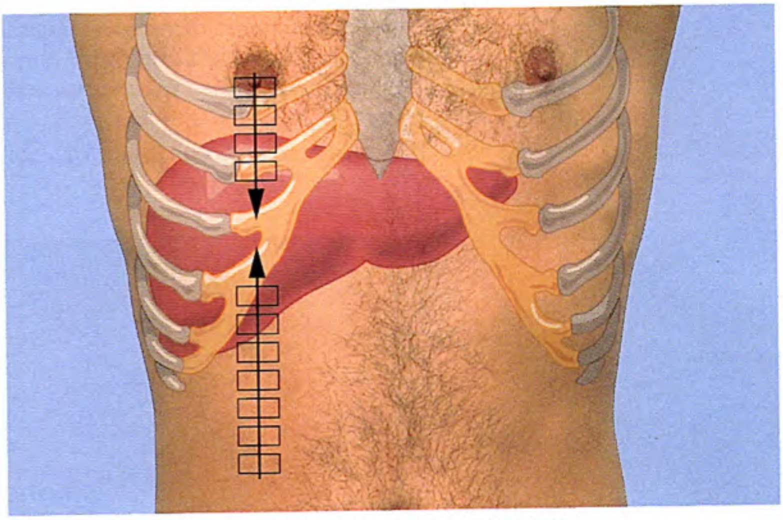
Deoarece cutia toracică adăposteşte cea mai mare parte a ficatului, evaluarea acestuia este dificilă. Dimensiunile şi forma ficatului pot fi estimate prin percuţie şi uneori prin palpare, iar cu ajutorul mâinii palpatoare puteţi evalua suprafaţa, consistenţa şi sensibilitatea hepatică.

Percuţia

Măsuraţi diametrul vertical al matităţii hepatice pe linia medioclaviculară dreaptă. Localizaţi cu atenţie linia medioclaviculară dreaptă pentru a evita măsurătorile inexacte determinate de folosirea „reperelor mobile". Folosiţi o percuţie uşoară sau moderată, deoarece percuţia puternică subestimează dimensiunile ficatului.[36] Începând de la nivel subombilical (într-o arie de sonoritate, nu matitate), percutaţi în sens ascendent către ficat. Identificaţi *limita inferioară a matităţii* pe linia medioclaviculară.

Ulterior, identificaţi *limita superioară a matităţii* pe linia medioclaviculară. Începând de la linia bi-mamelonară, percutaţi uşor de la sonoritatea pulmonară în sens descendent către matitatea hepatică. Deplasaţi cu blândeţe sânul (la femeie) pentru a vă asigura că începeţi într-o arie sonoră. Desfăşurarea percuţiei este prezentată pe pagina următoare.

Diametrul matităţii hepatice este *crescut* când ficatul este mărit.

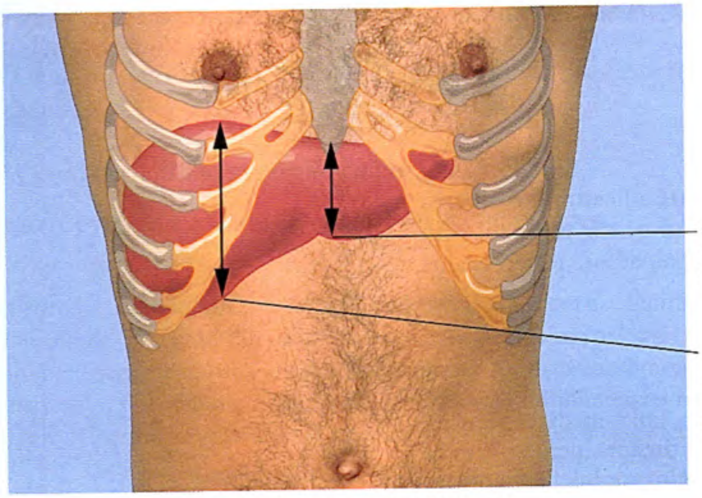


PERCUȚIA DIAMETRULUI HEPATIC

Diametrul matităţii hepatice este *redus* când ficatul este mic, sau când există aer liber subdiafragmatic, provenit de la un *organ cavitar perforat*. Examinările repetate pot indica o scădere a diametrului matităţii hepatice pe măsura remiterii hepatitei sau *insuficienţei cardiace congestive*, sau mai rar, odată cu progresia *hepatitei fulminante*.

Matitatea hepatică poate fi deplasată în jos de un diafragm coborât în *bronhopneumopatia obstructivă cronică* (BPOC). Diametrul, însă, rămâne normal.

Acum măsuraţi în centimetri distanţa dintre cele două puncte obţinute – diametrul vertical al matităţii hepatice. În general, diametrele hepatice normale, indicate mai jos, sunt mai mari la bărbaţi decât la femei şi la persoane înalte faţă de cele scunde. Dacă ficatul pare a fi mărit, delimitaţi marginea inferioară prin percuţia altor zone.



DIAMETRELE HEPATICE NORMALE

Matitatea dată de revărsatul pleural drept sau de condensarea pulmonară, dacă este adiacentă matităţii hepatice, poate *creşte* în mod fals dimensiunea estimată a ficatului.

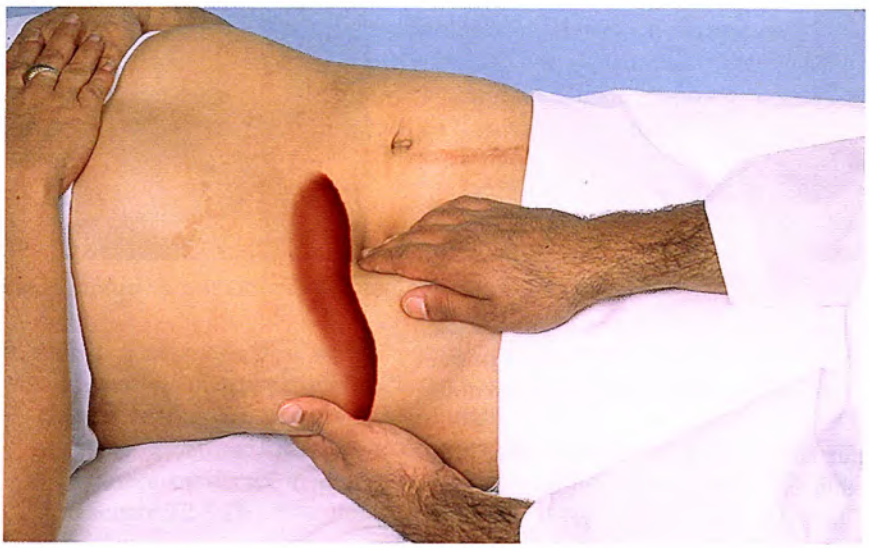
Prezenţa gazelor în colon poate produce sonoritate în cadranul superior drept, ceea ce maschează matitatea hepatică şi determină falsa *scădere* a dimensiunii estimate a ficatului.

Măsurătorile diametrelor hepatice prin percuţie sunt mai exacte când ficatul este mărit, cu margine palpabilă.[37]

Doar în jumătate din cazuri marginea inferioară a ficatului aflată sub rebordul costal drept poate fi palpată, dar când este palpabilă, probabilitatea unei hepatomegalii este aproape dublă.[36]

Palparea

Aşezaţi-vă mâna stângă pe zona lombară dreaptă a pacientului, în dreptul coastelor 11 şi 12, şi susţineţi ţesutul moale adiacent. Rugaţi pacientul să se relaxeze. Prin împingerea mâinii stângi în sus, ficatul pacientului poate fi palpat mai uşor de cealaltă mână.



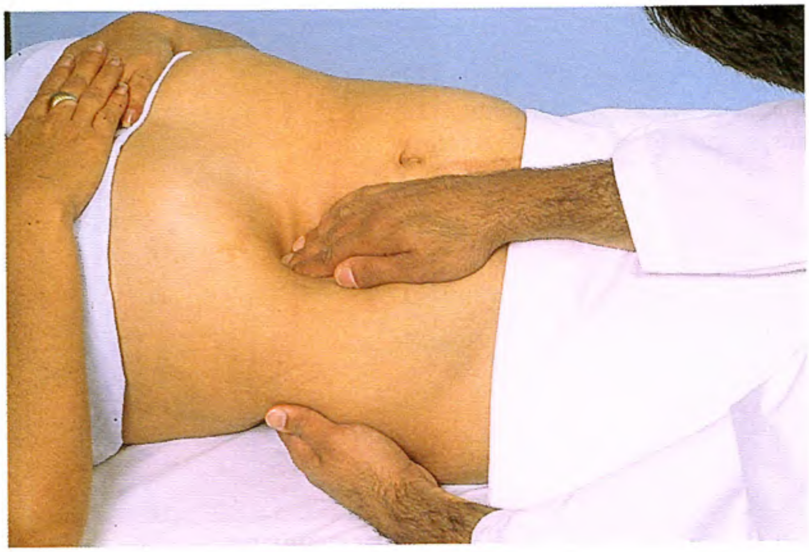
Plasaţi mâna dreaptă pe abdomenul pacientului, în partea dreaptă, lateral de muşchiul drept abdominal, cu vârfurile degetelor sub marginea inferioară a matităţii hepatice. Unii examinatori preferă să-şi plaseze degetele cu vârfurile îndreptate spre capul pacientului, în timp ce alţii preferă o poziţionare oarecum oblică, precum cea indicată la pagina următoare. În oricare din cazuri, apăsaţi cu blândeţe în sus şi spre interior.

Cereţi pacientului să inspire profund. Încercaţi să palpaţi marginea ficatului care coboară spre vârfurile degetelor voastre. Când o simţiţi, reduceţi presiunea mâinii palpatoare astfel încât ficatul să alunece sub buricul degetelor şi să-i puteţi palpa suprafaţa anterioară. Observaţi orice sensibilitate. Dacă este palpabilă, marginea ficatului normal este moale, ascuţită şi regulată, cu suprafaţa netedă. Ficatul normal poate fi uşor sensibil.

Consistenţa fermă sau dură a ficatului, marginea aplatizată sau rotunjită, ca şi neregularitatea conturului său sugerează anomalii hepatice.

În inspir, ficatul este palpabil la aproximativ 3 cm sub rebordul costal drept, pe linia medioclaviculară. Unele persoane au o respiraţie mai mult toracică decât diafragmatică. În cazul unui astfel de pacient poate fi util să-i cereţi să „respire cu abdomenul," ceea ce aduce ficatul, splina şi rinichii într-o poziţie palpabilă în timpul inspirului.

Vezica biliară obstruată, destinsă, poate apărea ca o formaţiune ovală sub marginea ficatului, unindu-se cu acesta. Este mată la percuţie.





Pentru a palpa ficatul, trebuie să modificaţi gradul de apăsare în funcţie de grosimea şi rezistenţa opusă de peretele abdominal. Dacă nu îl puteţi palpa, mutaţi-vă mâna palpatoare mai aproape de marginea costală şi încercaţi din nou.

Marginea unui ficat mărit poate fi ratată dacă palparea începe prea sus în abdomen, ca în imaginea de sus.

Încercaţi să găsiţi marginea ficatului atât lateral cât şi medial. Palparea prin muşchiul drept abdominal poate fi însă dificilă. Descrieţi sau schiţaţi marginea ficatului şi măsuraţi distanţa până la rebordul costal drept pe linia medioclaviculară.

Vezi Planşa 11-12, Hepatomegalia: aparentă şi reală (pag. 469).

„Tehnica cârligului" poate fi utilă, mai ales la pacienţii obezi. Staţi în dreapta toracelui pacientului. Aşezaţi ambele mâini, una lângă alta, pe abdomenul drept, sub marginea matităţii hepatice. Apăsaţi spre interior cu degetele şi spre superior către rebordul costal. Cereţi pacientului să inspire profund. Marginea ficatului, indicată mai jos, este palpabilă cu buricul degetelor de la ambele mâini.





Evaluarea sensibilităţii la percuţie a ficatului nepalpabil. Plasaţi mâna stângă întinsă pe partea inferioară dreaptă a cuştii toracice şi apoi loviţi uşor mâna cu marginea ulnară a pumnului drept. Cereţi pacientului să compare senzaţia cu cea produsă printr-o manevră similară pe partea stângă.

Sensibilitatea hepatică sugerează inflamaţie, de exemplu în *hepatită*, sau congestie, de exemplu în *insuficienţa cardiacă*.

SPLINA

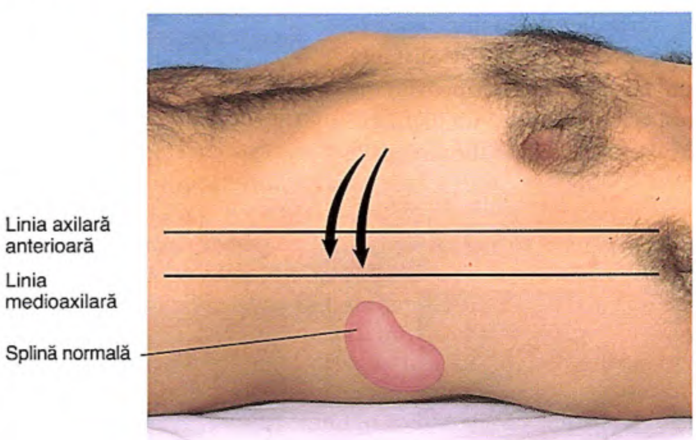
Când splina este mărită, se extinde spre anterior, inferior şi medial, înlocuind adesea sonoritatea stomacului şi colonului cu matitatea unui organ solid. În aceste condiţii devine palpabilă sub rebordul costal. Percuţia sugerează dar nu confirmă mărirea de volum a splinei. Palparea poate confirma splenomegalia, dar adesea nu identifică o splină mare care nu a coborât sub rebordul costal.

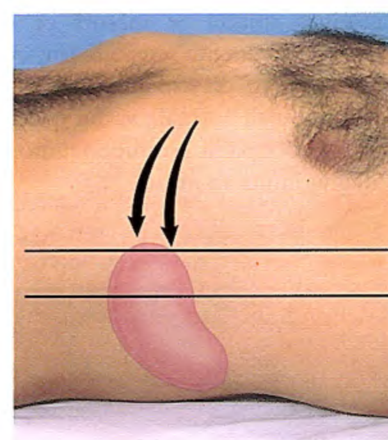
Percuţia

Două tehnici vă pot ajuta să decelaţi *splenomegalia* (splină mărită de volum):

- *Percutaţi zona inferioară stângă a peretelui toracic anterior* între sonoritatea pulmonară şi marginea inferioară a rebordului costal, arie numită *spaţiul Traube*. În timp ce percutaţi de-a lungul căilor sugerate de săgeţile din imaginile următoare, observaţi extinderea laterală a sonorităţii. Percuţia are o acurateţe moderată în detectarea splenomegaliei (sensibilitate 60-80%; specificitate 72-94%).[38]

Dacă matitatea la percuţie este prezentă, palparea corectă detectează prezenţa sau absenţa splenomegaliei în peste 80% din cazuri.[38]



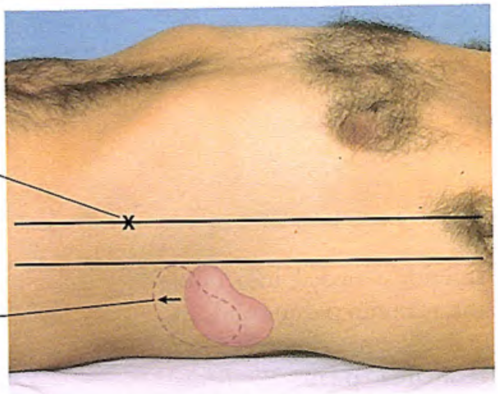


Dacă sonoritatea este marcată, mai ales lateral, splenomegalia este improbabilă. Matitatea unei spline normale este de obicei ascunsă de matitatea ţesuturilor situate posterior.

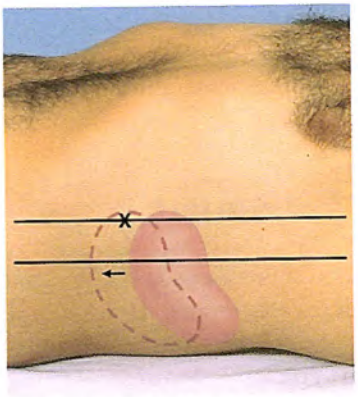
Conţinutul lichid sau solid al stomacului sau colonului poate determina de asemenea matitate în spaţiul Traube.

- *Căutaţi semnul percuţiei splenice.* Percutaţi ultimul spaţiu intercostal pe linia axilară anterioară stângă ca în imaginea următoare. Această arie prezintă de obicei sonoritate. Apoi cereţi pacientului să inspire profund şi percutaţi din nou. Când dimensiunea splinei este normală, la percuţie se păstrează de obicei sonoritatea.

O modificare a sunetului la percuţie de la sonoritate la matitate în inspir sugerează splenomegalia. Acesta este *semnul percuţiei splenice pozitive*.



PERCUŢIE SPLENICĂ NEGATIVĂ



PERCUŢIE SPLENICĂ POZITIVĂ

Dacă una sau ambele manevre sunt pozitive, palpaţi cu atenţie crescută splina.

Semnul percuţiei splinei poate fi pozitiv şi atunci când splina are dimensiuni normale.

Palparea

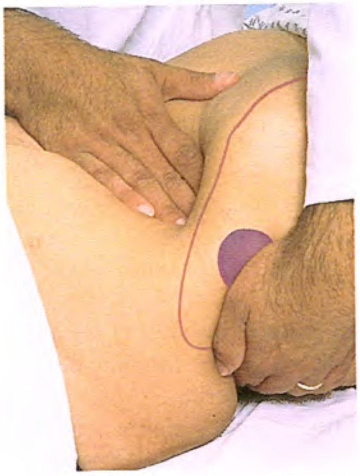
Întindeţi mâna stângă peste pacient pentru a cuprinde, susţine şi împinge spre anterior marginea inferioară stângă a rebordului costal şi ţesuturile moi adiacente. Cu mâna dreaptă plasată sub rebordul costal stâng, apăsaţi în interior către splină. Începeţi palparea suficient de jos încât mâna palpatoare să se afle sub o splină posibil mărită. (Dacă plasaţi mâna aproape de rebordul costal, aceasta nu va fi suficient de mobilă pentru a ascensiona sub rebordul costal.) Cereţi pacientului să inspire profund. Încercaţi să palpaţi vârful sau marginea splinei pe măsură ce coboară spre vârfurile degetelor voastre. Observaţi prezenţa sensibilităţii, evaluaţi conturul splenic şi măsuraţi distanţa dintre punctul cel mai inferior al splinei şi rebordul costal stâng. La aproximativ 5% din adulţii normali, vârful splinei este palpabil. Cauzele includ un diafragm turtit şi coborât în bronhopneumopatia obstructivă cronică, şi o coborâre mare a diafragmului în inspir.

Splenomegalia poate fi ratată dacă examinatorul începe prea sus în abdomen pentru a putea palpa marginea inferioară.

Splenomegalia este de opt ori mai probabilă când splina este palpabilă.[36] Cauzele includ hipertensiunea portală, bolile hematologice maligne, infecţia HIV, infarctul splenic şi hematomul splenic.

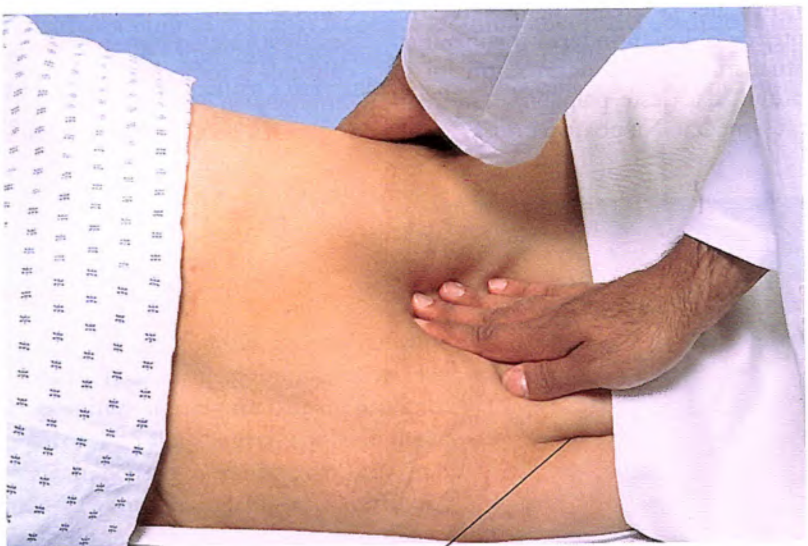
Mai jos, vârful splinei este abia palpabil profund sub rebordul costal stâng.

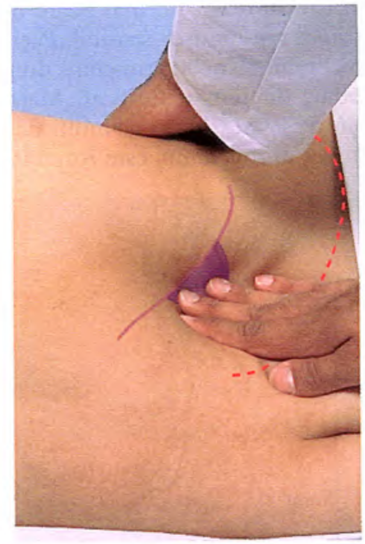




Repetaţi cu pacientul în decubit lateral drept cu picioarele în flexie parţială la nivelul şoldurilor şi genunchilor. În această poziţie, gravitaţia poate deplasa splina anterior şi spre dreapta, într-o poziţie palpabilă.

Splina mărită este palpabilă la aproximativ 2 cm sub rebordul costal stâng în inspir profund.





PALPAREA SPLINEI – PACIENT ÎN DECUBIT LATERAL DREPT

RINICHII

Palparea

Deşi rinichii nu sunt de obicei palpabili, trebuie să învăţaţi şi să exersaţi tehnici de examinare a acestora. Decelarea unui rinichi mărit de volum se poate dovedi foarte importantă.

Palparea rinichiului stâng. Mutaţi-vă în partea stângă a pacientului. Aşezaţi mâna dreaptă pe zona lombară stângă a pacientului, în dreptul coastei 12, cu vârfurile degetelor atingând unghiul costovertebral. Ridicaţi mâna încercând să împingeţi rinichiul spre anterior. Plasaţi cu blândeţe mâna stângă în cadranul superior stâng, lateral de muşchiul drept abdominal şi paralel cu acesta. Cereţi pacientului să inspire profund. La punctul de inspir maxim, apăsaţi cu mâna stângă ferm şi profund în cadranul superior stâng, imediat sub rebordul costal şi încercaţi să „prindeţi" rinichiul între cele două mâini. Cereţi pacientului să expire şi apoi să facă o scurtă pauză. Eliberaţi lent presiunea exercitată de mâna stângă, palpând în acelaşi timp rinichiul care alunecă înapoi în poziţia sa din timpul expirului. Dacă rinichiul este palpabil, descrieţi dimensiunea, conturul şi eventuala sensibilitate.

În mod alternativ, încercaţi să palpaţi rinichiul stâng printr-o metodă similară palpării splinei. Întindeţi mâna stângă peste pacient, cu care prindeţi şi ridicaţi lomba stângă, iar cu mâna dreaptă palpaţi profund în cadranul superior stâng. Cereţi pacientului să inspire profund şi căutaţi o formaţiune solidă. Un rinichi stâng normal este rareori palpabil.

O masă solidă în flancul stâng poate fi o *splenomegalie* marcată sau un rinichi stâng mărit. Veţi suspiciona o *splenomegalie* dacă palpaţi o incizură pe marginea medială, limita se extinde dincolo de linia mediană, percuţia decelează matitate şi degetele voastre pot sonda profund pe marginile medială şi laterală, dar *nu* între masa solidă şi rebordul costal. Confirmaţi observaţia prin evaluări ulterioare.

Caracteristicile sugestive pentru un *rinichi mărit* în defavoarea splenomegaliei sunt păstrarea sonorităţii normale a cadranului superior stâng, şi posibilitatea de a pătrunde cu degetele între masa palpabilă şi rebordul costal, dar nu şi profund pe marginile laterală şi medială.

Palparea rinichiului drept. Pentru a palpa rinichiul drept, reveniţi în dreapta pacientului. Folosiţi mâna stângă pentru a ridica lomba dreaptă şi mâna dreaptă pentru a palpa profund în cadranul superior drept. Procedaţi ca mai sus.

Un rinichi drept normal poate fi palpabil, mai ales la femeile slabe, relaxate. Poate fi sau nu uşor sensibil. Pacientul simte, de obicei, prinderea şi eliberarea rinichiului. Uneori, rinichiul drept este situat mai anterior decât normalul şi trebuie diferenţiat de ficat. Marginea ficatului, dacă este palpabilă, este mai ascuţită şi se extinde mai mult, atât lateral cât şi medial. Nu poate fi prinsă. Polul inferior al rinichiului este rotunjit.

Cauzele măririi de volum a rinichiului includ hidronefroza, chisturile şi tumorile. Dacă renomegalia este bilaterală, sugerează *boală renală polichistică.*



Evaluarea sensibilităţii la percuţie a rinichiului. Dacă observaţi sensibilitate când examinaţi abdomenul, trebuie să o căutaţi şi în fiecare unghi costovertebral. Presiunea exercitată de vârfurile degetelor poate fi suficientă pentru a evidenţia sensibilitatea, dar în caz contrar folosiţi percuţia cu pumnul. Plasaţi podul palmei în unghiul costovertebral şi loviţi cu marginea ulnară a pumnului. Folosiţi suficientă forţă pentru a determina o pocnitură sau bufnitură perceptibilă, dar nedureroasă la o persoană sănătoasă.

Pentru a feri pacientul de agitaţie inutilă, integraţi această etapă a evaluării în examinarea toracelui posterior (vezi pag. 20).

Durerea declanşată de presiune sau percuţia cu pumnul sugerează *pielonefrită,* dar poate avea şi cauze musculoscheletice.



APRECIEREA SENSIBILITĂŢII UNGHIULUI COSTOVERTEBRAL

VEZICA URINARĂ

În mod normal vezica urinară nu poate fi examinată, decât dacă este destinsă până deasupra simfizei pubiene. La palpare, domul unei vezici destinse se simte neted şi rotunjit. Verificaţi sensibilitatea. Folosiţi percuţia pentru a verifica prezenţa matităţii şi pentru a determina înălţimea la care se ridică vezica urinară superior de simfiza pubiană.

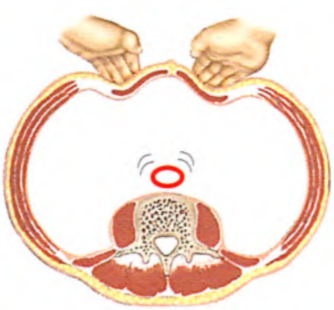
Distensia vezicală poate fi produsă de: obstrucţia evacuării prin *strictură uretrală* sau *hiperplazie de prostată*; medicaţie; sau tulburări neurologice cum ar fi *accidentul vascular cerebral, scleroza multiplă.*

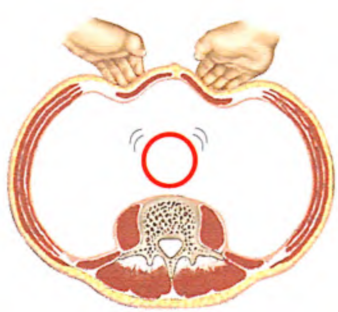
Sensibilitate suprapubiană în *infecţii vezicale*

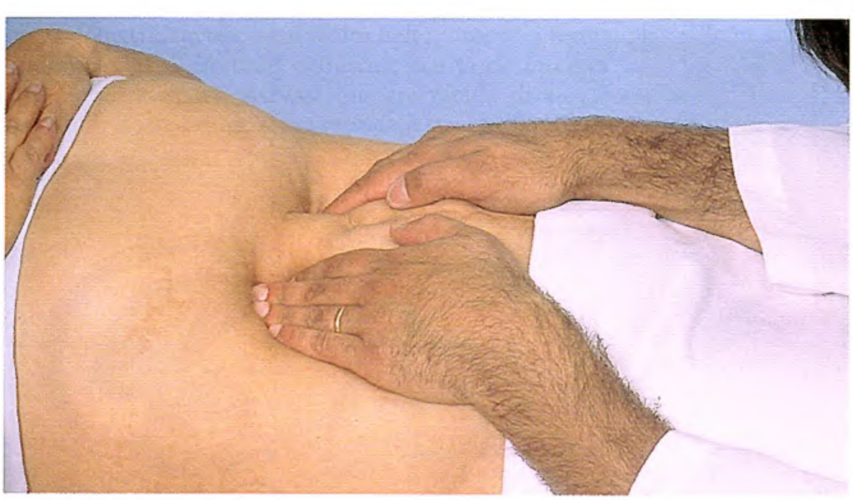
AORTA

Apăsaţi ferm şi profund în abdomenul superior, uşor către stânga faţă de linia mediană, şi identificaţi pulsaţiile aortei. La indivizi cu vârsta peste 50 de ani, evaluaţi lăţimea aortei prin palpare profundă în abdomenul superior cu mâinile de o parte şi de alta a aortei, conform ilustraţiei. La acest grup de vârstă, aorta normală nu depăşeşte o lăţime de 3 cm (în medie 2,5 cm). Această măsurare nu include grosimea peretelui abdominal. Uşurinţa decelării pulsaţiilor aortei depinde de grosimea peretelui abdominal şi de diametrul antero-posterior al abdomenului.

Factorii de risc pentru anevrismul aortei abdominale (AAA) sunt vârsta ≥65 de ani, istoricul pozitiv pentru fumat, sexul masculin şi o rudă de gradul întâi cu istoric de AAA operat.[39,40]







O masă palpabilă situată periombilical sau în abdomenul superior cu expansionare pulsatilă, cu lăţime ≥3 cm sugerează un AAA. Sensibilitatea palpării creşte pe măsură ce AAA se măreşte: pentru lăţime de 3,0-3,9 cm, 29%; 4,0-4,9 cm, 50%; ≥5,0 cm, 76%.[41]

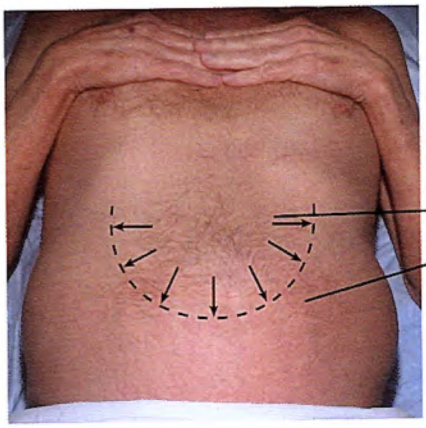
Screeningul prin palpare urmat de ecografie scade mortalitatea, în special la bărbaţii fumători cu vârsta ≥65 de ani. Durerea poate semnala ruperea anevrismului. Ruptura de aortă este de 15 ori mai probabilă la un AAA>4 cm decât în cazul anevrismelor mai mici.[41]

TEHNICI SPECIALE

Tehnici de evaluare pentru:

- Ascită
- Apendicită
- Colecistită acută
- Hernie abdominală
- Formaţiune a peretelui abdominal

Evaluarea unei posibile ascite



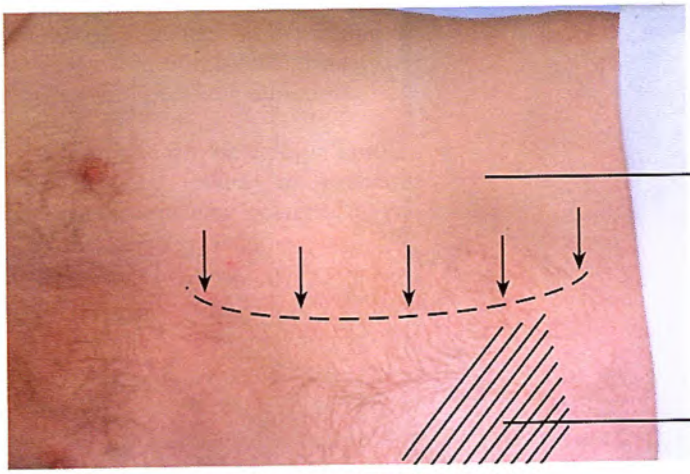
Un abdomen proeminent cu flancuri bombate sugerează posibila acumulare a lichidului de ascită. Deoarece lichidul de ascită coboară cu gravitaţia, în timp ce ansele intestinale pline cu gaz plutesc la suprafaţă, percuţia identifică matitate în zonele declive ale abdomenului. Căutaţi acest tipar astfel: începând de la aria centrală de sonoritate percutaţi spre exterior, în diferite direcţii. Schiţaţi limita dintre sonoritate şi matitate.

Ascita determinată de presiunea hidrostatică crescută din ciroză, insuficienţă cardiacă congestivă, pericardită constrictivă, obstrucţia venei cave inferioare sau a venei hepatice; sau produsă de scăderea presiunii osmotice în sindromul nefrotic, malnutriţie. De asemenea în cancerul ovarian.

Există două manevre suplimentare care vă ajută să confirmaţi prezenţa ascitei, deşi ambele vă pot induce în eroare.

- *Verificaţi matitatea deplasabilă.* După schiţarea marginilor sonorităţii şi matităţii, cereţi pacientului să se întoarcă pe o parte. Percutaţi şi marcaţi marginile din nou. La indivizii fără ascită, marginile dintre sonoritate şi matitate rămân de obicei relativ constante.

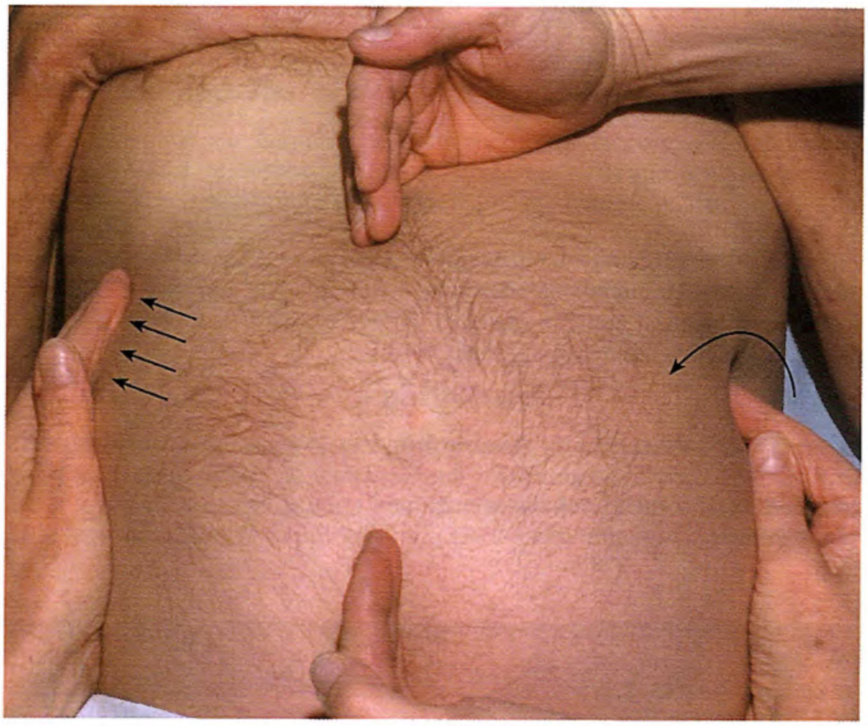
În ascită, matitatea se deplasează spre părţile declive, în timp ce sonoritatea se deplasează spre părţile superioare.



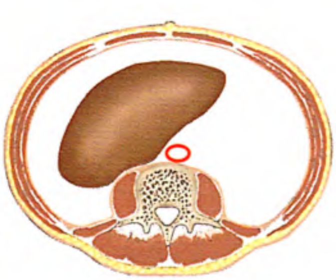
PACIENT ÎN DECUBIT LATERAL DREPT

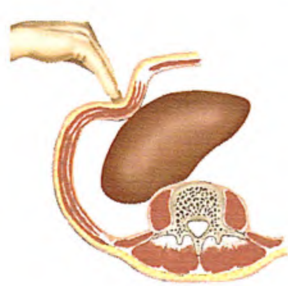
- *Verificați semnul valului.* Cereți pacientului sau unui asistent să apese cu muchia fiecărei mâini ferm în jos pe linia mediană a abdomenului. Această presiune ajută la stoparea transmiterii undei prin țesutul adipos. În timp ce loviți ușor și scurt într-un flanc cu vârful degetelor, simțiți în flancul controlateral impulsul transmis prin lichid. Din nefericire, acest semn este adesea negativ până când ascita devine evidentă, iar uneori este pozitiv la indivizi fără ascită.

Un impuls palpabil cu ușurință sugerează ascita. Semnul valului pozitiv, matitatea deplasabilă și edemele periferice fac diagnosticul de ascită foarte probabil (rata probabilității de 3,0-6,0).[42]



Identificați un organ sau o formațiune în abdomenul cu ascită. Încercați să *balotați* organul sau formațiunea, exemplificate aici printr-un ficat mărit. Țineți degetele unei mâini lipite, drepte și ferme, plasați-le pe suprafața abdomenului și efectuați o mișcare scurtă de înțepare îndreptată direct spre structura anticipată. Această mișcare rapidă dislocă lichidul, astfel că vârful degetelor poate atinge scurt suprafața structurii prin peretele abdominal.





Evaluarea unei posibile apendicite

- Cereţi pacientului să indice locul unde a început durerea şi locul unde doare acum. Puneţi pacientul să tuşească. Aflaţi dacă şi unde apare durerea.

Durerea din *apendicită* debutează în mod tipic lângă ombilic, apoi se deplasează în cadranul inferior drept, unde tusea o amplifică. Pacienţii mai vârstnici descriu acest tipar mai rar decât cei tineri.[14]

- Căutaţi cu atenţie o arie de sensibilitate locală.

Sensibilitatea localizată oriunde în cadranul inferior drept, chiar şi în flancul drept, poate indica *apendicită.*

- Decelaţi contractura musculară.

Apărarea voluntară din faza incipientă poate fi înlocuită de apărare musculară involuntară.

- *Efectuaţi un tuşeu rectal, iar la femei un examen pelvin.* Aceste manevre pot să nu ajute la diferenţierea între un apendice normal şi unul inflamat, dar pot contribui la identificarea unui apendice inflamat localizat atipic în cavitatea peritoneală. De asemenea, pot sugera alte cauze pentru durerea abdominală.

La tuşeul rectal, sensibilitatea de partea dreaptă poate fi cauzată şi de o anexă sau de o veziculă seminală inflamată.

Uneori pot fi utile manevre suplimentare:

- Verificaţi dacă aria sensibilă prezintă sensibilitate de recul. (Dacă alte semne sunt pozitive, puteţi omite acest test pentru a evita o durere inutilă.)

Sensibilitatea de recul sugerează inflamaţia peritoneală în *apendicită.*

- Verificaţi *semnul Rovsing* şi sensibilitatea de recul iradiată. Apăsaţi profund şi constant în cadranul inferior *stâng*. Apoi retrageţi rapid degetele.

Durerea în cadranul inferior *drept* în timpul palpării de partea *stângă* sugerează *apendicită* (semnul Rovsing pozitiv). La fel şi durerea în cadranul inferior drept la retragerea bruscă a mâinii (*sensibilitate de recul iradiată*).

- Căutaţi *semnul psoasului*. Aşezaţi-vă mâna imediat deasupra genunchiului drept al pacientului şi cereţi-i să ridice coapsa împotriva mâinii voastre. Ulterior, cereţi pacientului să se întoarcă pe partea stângă şi apoi realizaţi hiperextensia piciorului drept. Flexia piciorului la nivelul coapsei determină contracţia muşchiului psoas; extensia produce elongarea muşchiului.

Semnul psoasului este pozitiv dacă durerea în fosa iliacă dreaptă este accentuată de oricare dintre manevre, şi sugerează iritaţia muşchiului psoas de către un apendice inflamat.

- Căutaţi *semnul obturatorului*. Realizaţi flexia coapsei drepte pe şold, cu genunchiul flectat şi efectuaţi rotaţia internă a coapsei. Această manevră produce elongarea muşchiului obturator intern. (Rotaţia internă a coapsei este descrisă la pag. 624.)

Semnul obturatorului este pozitiv dacă apare durere în hipogastrul drept, sugerând iritaţia muşchiului obturator de către un apendice inflamat.

- Căutaţi *hiperestezia cutanată*. La diferite niveluri pe peretele abdominal inferior, prindeţi cu blândeţe un pliu cutanat între police şi index. În mod normal această manevră nu ar trebui să fie dureroasă.

Durerea localizată produsă de această manevră, la nivelul întregului cadran inferior drept sau numai parţial, poate însoţi *apendicita.*

Evaluarea unei posibile colecistite acute

Când durerea din cadranul superior drept sugerează colecistita, căutaţi *semnul lui Murphy*. Strecuraţi-vă policele stâng sau degetele mâinii drepte sub rebordul costal în punctul în care acesta se intersectează cu marginea laterală a muşchiului drept abdominal. Ca alternativă, dacă ficatul este mărit, strecuraţi-vă policele sau degetele sub marginea ficatului într-un punct comparabil, situat mai jos. Cereţi pacientului să inspire profund. Urmăriţi respiraţia pacientului şi observaţi gradul de sensibilitate.

O creştere bruscă a sensibilităţii şi întreruperea bruscă a inspirului constituie un *semn Murphy pozitiv de colecistită acută*. Această manevră poate creşte şi sensibilitatea hepatică, dar de obicei este mai slab localizată.

Evaluarea herniilor abdominale

Herniile ventrale sunt hernii ale peretelui abdominal, cu excepţia celor din zona inghinală. Dacă le suspectaţi dar nu observaţi o hernie ombilicală sau o eventraţie, cereţi pacientului să-şi ridice capul şi umerii de pe pat.

Prin această manevră bombarea unei hernii va deveni vizibilă (vezi pag. 511).

Herniile inghinale şi femurale sunt discutate în Capitolul 13, Aparatul genital masculin şi herniile. Ele pot ridica probleme abdominale importante şi nu trebuie trecute cu vederea.

Cauza obstrucţiei intestinale sau a peritonitei poate fi omisă prin neglijarea unei hernii femurale strangulate.

Formaţiuni ale peretelui abdominal

Diferenţierea unei formaţiuni abdominale de una parietală. O formaţiune care apare ocazional este localizată mai probabil în peretele abdominal decât în cavitatea abdomenului. Cereţi pacientului să-şi ridice capul şi umerii, sau să se încordeze, pentru a contracta musculatura abdominală. Palpaţi din nou.

O formaţiune în peretele abdominal rămâne palpabilă; o masă intraabdominală este mascată de contracţia abdominală.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea datelor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului fizic – abdomenul

„Abdomenul este proeminent, cu zgomote intestinale prezente. Este suplu, nedureros; fără mase palpabile sau hepatosplenomegalie. Ficat cu diametrul de 7 cm pe linia medioclaviculară dreaptă; margine inferioară netedă, palpabilă la 1 cm sub rebordul costal drept. Splină şi rinichi nepalpabile. Fără sensibilitate în unghiurile costovertebrale (UCV)."

SAU

„Abdomenul este plat. Fără zgomote intestinale decelabile. Are consistenţă fermă, rigidă, aspect de „abdomen de lemn", hipersensibilitate, apărare musculară şi sensibilitate de recul în cadranul mijlociu drept. La percuţie, diametrul matităţii hepatice de 7 cm pe linia medioclaviculară; marginea inferioară nepalpabilă. Splină şi rinichi nepalpabile. Fără mase palpabile. Fără sensibilitate în UCV."

Sugerează peritonita în cadrul unei posibile *apendicite* (vezi pag. 450 şi pag. 450-458)

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Hing E, Cherry DK, Woodwell DA. National ambulatory medical care survey: 2004 summary. Advance Data from Vital and Health Statistics 374. June 23, 2006. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad374.pdf. Accessed September 23, 2007.
2. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. Advance Data from Vital and Health Statistics 358. May 26, 2005. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad358.pdf. Accessed September 23, 2007.
3. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P, et al. American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 129(5):1756–1780, 2005.
4. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 130(5):1377–1390, 2007.
5. Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, et al. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? JAMA 296(14):1764–1774, 2006.
6. Whitcomb DC. Acute pancreatitis. N Engl J Med 354(20): 2142–2150, 2006.
7. Trowbridge RL, Rutkowshi NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? JAMA 289(1):80–86, 2003.
8. Talley NJ, Vakil N. Practice guidelines: guidelines for management of dyspepsia. Am J Gastroenterol 100(10):2324–2337, 2005.
9. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 100(1):190–200, 2005.
10. Vaezi MF, Hicks DM, Abelson TI, et al. Laryngeal signs and symptoms and gastroesophageal reflux disease (GERD): a critical assessment of cause and effect association. Gastroenterol Hepatol 1(5):333–344, 2003.
11. Talley NJ. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 129(5):1753–1755, 2005.
12. Shaheen N, Ransohoff DF. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus, and esophageal cancer. Scientific review. JAMA 287(15):1972–1981, 2002.
13. Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, et al. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? JAMA 295(13):1566–1576, 2006.
14. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Suspected appendicitis. N Engl J Med 348(3):236–242, 2003.
15. Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable bowel syndrome. N Engl J Med 344(24):1846–1850, 2001.
16. Theilman NM, Guerrant RL. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 350(1):38–46, 2004.
17. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology 130(5):1480–1491, 2006. Available at: http://www.romecriteria.org/pdfs/p1480FBDs.pdf. Accessed October 5, 2007.
18. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. Drug and Alcohol Dependence 74(3):223–234, 2004.
19. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Study. JAMA 264(19):2511–2518, 1990.
20. Saitz R. Unhealthy alcohol use. N Engl J Med 352(6):596–607, 2005.
21. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, April 2004. Updated in Guide to Clinical Preventive Services, 2006. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd/gcps2c.htm#Alcohol. Accessed September 6, 2007.
22. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B infection; Screening for hepatitis C in adults. Guide to Clinical Preventive Services, 2006. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd/gcps2b.htm#HepB. Accessed October 14, 2007.
23. Fiore AF, Wasley A, Bell BP. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices: prevention of hepatitis A through active or passive immunization. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 55(RR07):1–23, 2006. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5507al.htm. Accessed October 14, 2007.
24. Mast E, Weinbaum CM, Fiore AE, et al. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Part II: Immunization of adults. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 55(RR16):1–25, 2006. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5516a1.htm?s_cid=rr5516a1_e. Accessed October 14, 2007.
25. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Hepatitis C Fact Sheet. May 24, 2005. Available at: http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c/fact.htm. Accessed October 14, 2007.
26. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2007. Atlanta, National Home Office. Available at: http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf. Accessed October 14, 2007.
27. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale. Update based on new evidence. Gastroenterology 124(2):544–560, 2003.
28. Winawer S, Zauber A, Fletcher RH, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. Gastroenterology 130(6):1872–1885, 2006.
29. Collins JF, Leiberman DA, Dirbom TE, et al. Accuracy of screening for fecal occult blood on a single stool sample obtained by digital rectal examination: a comparison with

recommended sampling practice. Ann Intern Med 142(2): 81–85, 2005.
30. Boolchand V, Olds G, Singh J, et al. Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians. Ann Intern Med 145(9):654–659, 2006.
31. American Cancer Society. What are the risk factors for colorectal cancer? Available at: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_colon_and_rectum_cancer.asp?sitearea=CRI&viewmode=print&. Accessed October 14, 2007.
32. American Cancer Society. Can colorectal polyps and cancer be found early? Available at: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_colon_and_rectum_cancer_be_found_early.asp. Accessed October 14, 2007.
33. Schatzkin A, Lanza E, Corle D, et al. Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. N Engl J Med 342(16):1149–1155, 2000.
34. Alberts DS, Martinez ME, Roe DJ, et al. Lack of effect of a high-fiber cereal supplement on the recurrence of colorectal adenomas. N Engl J Med 342(16):1156–1162, 2000.
35. U.S. Preventive Services Task Force. Routine aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the primary prevention of colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 146(5):361–364, 2007.
36. McGee S. Chapter 47, Palpation and percussion of the abdomen; Chapter 48, Abdominal pain and tenderness. In Evidence-Based Physical Diagnosis. St. Louis, Saunders, 2007, pp. 553–555, 572–582.
37. Naylor CD. Physical examination of the liver. JAMA 271(23): 1857–1859, 1994.
38. Grover SA, Barkun AN, Sackett DL. Does this patient have splenomegaly? JAMA 270(18):2218–2221, 1993.
39. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. Ann Intern Med 142(3):198–202, 2005.
40. Birkmeyer JD, Upchurch GR. Evidence-based screening and management of abdominal aortic aneurysm (editorial). Ann Intern Med 146(10): 749–750, 2007.
41. Lederle FA, Simel DL. Does this patient have abdominal aortic aneurysm? JAMA 281(1):77–82, 1999.
42. Williams JW, Simel DL. Does this patient have ascites? How to divine fluid in the abdomen. JAMA 267(19):2645–2648, 1992.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Examinarea abdomenului

Fink HA, Lederle FA, Rptj CS. The accuracy of physical examination to detect abdominal aortic aneurysm. Arch Intern Med 160(6):833–836, 2000.
Kim LG, Scott AP, Ashton HA, et al. A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. Ann Intern Med 146(10): 696–706, 2007.
McGee SR. Percussion and physical diagnosis: separating myth from science. Dis Mon 41(10):641–688, 1995.
Silen W, Cope Z. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 21st ed. Oxford, UK, and New York, Oxford University Press, 2005.
Sleisenger MH, Feldman M, Griedman LS, et al (eds). Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, 8th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2006.
Turnbull JM. Is listening for abdominal bruits useful in the evaluation of hypertension? JAMA 274(16):1299–1301, 1995.
Yamamoto W, Kono H, Maekawa H, et al. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice. J Epidemiol 7(1):27–32, 1997.

Examinarea ficatului

Meidl EJ, Ende J. Evaluation of liver size by physical examination. J Gen Intern Med 8(11):635–637, 1993.
Zoli M, Magliotti D, Drimaldi M, et al. Physical examination of the liver: is it still worth it? Am J Gastroenterol 90(9):1428–1432, 1995.

Examinarea splinei

Barkun ANB, Camus M, Green L, et al. The bedside assessment of splenic enlargement. Am J Med 91(5):512–518, 1991.
Barkun AN, Camus M, Meagher T, et al. Splenic enlargement and Traube's space: how useful is percussion? Am J Med 87(5): 562–566, 1989.
Tamayo SG, Rickman LS, Matthews WC, et al. Examiner dependence on physical diagnostic tests of splenomegaly: a prospective study with multiple observers. J Gen Intern Med 8(2):69–75, 1993.

Afecțiuni gastrointestinale

American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. Gastroenterology 119(6):1761–1778, 2000.
Bak E, Raman G, Chung M, et al. Effectiveness of management strategies for renal artery stenosis: a systematic review. Ann Intern Med 145(12):901–912, 2006.
Craig AS, Schaffner W. Prevention of hepatitis A with the hepatitis A vaccine. N Engl J Med 350(5):476–480, 2004.
Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. N Engl J Med 349(14):1360–1368, 2003.
Mertz HR. Irritable bowel syndrome. N Engl J Med 349(22): 2136–2146, 2003.
Ouslander JG. Management of the overactive bladder. N Engl J Med 350(8):786–799, 2004.
Shaheen N, Ransohoff DF. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus, and esophageal cancer: clinical applications. JAMA 287(15): 1982–1986, 2002.
Thielman NM, Guerrant RL. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 350(1):38–47, 2004.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

Durerea abdominală

Afecţiune	Patogenie	Localizare	Caracteristici
Ulcerul peptic şi dispepsia[3,4]	Ulcerul peptic se referă la un ulcer obiectivabil, de obicei la nivelul duodenului sau stomacului. Dispepsia produce simptome similare, dar fără ulceraţie. Infecţia cu *Helicobacter pylori* este adesea prezentă.	Epigastrică, cu posibilă iradiere posterioară	Variabile: senzaţie de arsură, împunsătură, durere, presiune, sau foame
Cancerul gastric	Predominant adenocarcinom (90-95%)	Din ce în ce mai frecvent la nivelul cardiei şi a joncţiunii gastro-esofagiene; de asemenea în regiunea distală a stomacului	Variabile
Pancreatita acută[6]	Inflamaţia acută a pancreasului	Epigastrică, cu o posibilă iradiere posterioară sau în alte regiuni ale abdomenului; poate fi imprecis localizată	De obicei permanentă
Pancreatita cronică	Fibroza pancreasului ca urmare a inflamaţiei repetate	Epigastrică, cu iradiere posterioară directă	Permanentă, profundă
Cancerul de pancreas	Predominant adenocarcinom (95%)	Epigastrică şi în fiecare din cadranele superioare; adesea cu iradiere posterioară	Permanentă, profundă
Colica biliară	Obstrucţia bruscă a canalului cistic sau ductului biliar comun printr-un calcul biliar	Epigastrică sau în cadranul superior drept; cu posibilă iradiere în regiunea scapulară dreaptă şi umărul drept	Permanentă, chinuitoare; *nu* este colicativă
Colecistita acută[7]	Inflamaţie a vezicii biliare, de obicei secundară obstrucţiei canalului cistic printr-un calcul biliar	Cadranul superior drept sau abdomenul superior; cu posibilă iradiere în regiunea scapulară dreaptă	Permanentă, chinuitoare
Diverticulita acută	Inflamaţia acută a unui diverticul colonic, o invaginare a mucoasei în "deget de mănuşă" prin musculara colonului	Cadranul inferior stâng	Poate fi colicativă la început, dar devine permanentă
Apendicita acută[14]	Inflamaţia acută a apendicelui însoţită de distensie sau obstrucţie	• *Durere periombilicală* localizată imprecis, urmată de obicei de • *Durere în cadranul inferior drept*	• Uşoară dar crescândă, posibil colicativă • Permanentă şi mai severă
Obstrucţia intestinală mecanică acută	Obstrucţia lumenului intestinal, cel mai des cauzată de (1) aderenţe sau hernii (intestinul subţire) sau (2) cancer sau diverticulită (colon)	• *Intestinul subţire:* periombilicală sau în abdomenul superior • *Colonul:* în abdomenul inferior sau generalizată	• Colicativă • Colicativă
Ischemia mezenterică	Întreruperea vascularizaţiei intestinului şi mezenterului ca urmare a unei tromboze sau embolii (ocluzie arterială acută), sau reducerea aportului sanguin prin hipoperfuzie	Poate fi periombilicală la început, apoi difuză	La început colicativă, apoi permanentă

Durată	Factori de agravare	Factori de ameliorare	Simptome asociate și condiții de apariție
Intermitentă. Mai frecvent decât ulcerul gastric sau dispepsia, ulcerul duodenal provoacă o durere care (1) îl trezește noapte pe pacient și (2) apare intermitent timp de câteva săptămâni, apoi dispare timp de mai multe luni și ulterior reapare.	Variabili	Alimentele și antiacidele pot produce ameliorare, dar nu obligatoriu, și cel mai rar în cazul ulcerului gastric.	Greață, vărsături, eructații, meteorism; pirozis (mai frecvent în ulcerul duodenal); scădere în greutate (mai ales în ulcerul gastric). Dispepsia este mai frecventă la tineri (20-29 de ani), ulcerul gastric la cei cu vârstă peste 50 de ani și ulcerul duodenal la cei între 30-60 de ani.
Istoricul durerii este de obicei mai scurt decât la ulcerul peptic. Durerea este persistentă și progresează lent.	Adesea alimentele	*Nu* este ameliorată de alimente și antiacide.	Anorexie, greață, sațietate precoce, pierdere în greutate și uneori sângerări. Mai frecvent între 50 și 70 de ani.
Durere persistentă cu debut acut	Decubitul dorsal	Aplecarea în față cu trunchiul flectat	Greață, vărsături, distensie abdominală, febră. Adesea cu un istoric de episoade acute anterioare și abuz de alcool sau calculi biliari
Cronică sau recurentă	Alcoolul, mâncărurile grele sau grase	Posibil aplecarea în față cu trunchiul flectat; adesea refractară	Pot apărea simptome ale hipofuncției pancreatice: diaree cu scaune grase (steatoree) și diabet zaharat
Durere persistentă; boală cu agravare progresivă		Posibil aplecarea în față cu trunchiul flectat; adesea refractară	Anorexie, greață, vărsături, pierdere în greutate și icter; depresie
Debut rapid în câteva minute, durează una sau mai multe ore și se remite treptat. Adesea recurentă.			Anorexie, greață, vărsături, agitație
Debut treptat; durată mai lungă decât în colica biliară	Respirația adâncă și neregulată		Anorexie, greață, vărsături, febră
Adesea cu debut treptat			Febră, constipație. Inițial poate exista un episod diareic trecător.
• Durează aproximativ 4-6 ore • Depinde de intervenție	• Mișcarea sau tusea	• Dacă se ameliorează temporar, suspectați perforația apendicelui	Anorexie, greață, posibil vărsături, care de regulă urmează debutului durerii; febră joasă
• Paroxistică; poate scădea pe măsură ce peristaltismul intestinal se reduce			• Vărsături bilioase și cu mucus (obstrucție înaltă) sau fecaloide (obstrucție joasă). Se instalează întreruperea completă a tranzitului intestinal.
• Paroxistică, deși de obicei mai blândă			• Întreruperea completă precoce a tranzitului intestinal. Vărsături tardive sau deloc. Simptome anterioare ale bolii cauzatoare.
De obicei cu debut brusc, apoi persistentă			Vărsături, diaree (uneori sangvinolentă), constipație, șoc

Disfagia

Procesul patologic şi afecţiunea	Durată	Factori de agravare	Factori de ameliorare	Simptome şi afecţiuni asociate
Disfagie orofaringiană, determinată de ***disfuncţia motorie a musculaturii faringiene***	Acută sau cu debut treptat şi evoluţie variabilă, în funcţie de anomalia cauzatoare	Încercarea de deglutiţie		Aspiraţie bronşică sau regurgitare nazală la încercarea de a înghiţi. Semne neurologice de accident vascular cerebral, paralizie bulbară sau alte afecţiuni neuromusculare.
Disfagia esofagiană *Îngustare mecanică*				
• Inele şi membrane ale mucoasei	Intermitentă	Alimentele solide	Regurgitarea bolului alimentar	De obicei nici una
• Stricturi esofagiene	Intermitentă; poate progresa lent	Alimentele solide	Regurgitarea bolului alimentar	Un istoric îndelungat de pirozis şi regurgitare
• Cancerul esofagian	La început poate fi intermitentă; progresează în câteva luni	Alimentele solide, apoi cu timpul şi cele lichide	Regurgitarea bolului alimentar	Durere retrosternală şi toracică posterioară şi pierdere în greutate, mai ales în faza avansată a bolii
Disfuncţii motorii				
• Spasm esofagian difuz	Intermitentă	Alimentele solide sau lichide	Manevrele descrise mai jos; uneori nitroglicerina	Durere retrosternală care imită angina pectorală sau infarctul miocardic şi durează câteva minute până la câteva ore; posibil pirozis
• Sclerodermie	Intermitentă; poate progresa lent	Alimentele solide sau lichide	Deglutiţie repetată; mişcări de tip îndreptarea spatelui, ridicarea braţelor, sau manevra Valsalva (încordarea cu glota închisă)	Pirozis; alte manifestări ale sclerodermiei
• Acalazie	Intermitentă; poate progresa lent	Alimentele solide sau lichide	Deglutiţie repetată; mişcări de tip îndreptarea spatelui, ridicarea braţelor, sau manevra Valsalva (încordarea cu glota închisă)	Regurgitare, mai ales noaptea în decubit dorsal, însoţită de tuse nocturnă; posibil durere retrosternală declanşată de ingestia alimentelor

PLANŞA 11-3

Constipaţia

Afecţiune	Proces patologic	Simptome asociate şi condiţii de apariţie
Activităţi cotidiene şi obiceiuri		
Moment şi cadru neadecvate pentru reflexul de defecaţie	Ignorarea senzaţiei de plenitudine rectală inhibă reflexul de defecaţie.	Program încărcat, mediu înconjurător nefamiliar, repausul la pat
False aşteptări privind tranzitul intestinal	Aşteptări privind scaune „regulate" sau mai frecvente decât norma uzuală	Convingeri, tratamente şi reclame care promovează folosirea de laxative
Dietă săracă în fibre	Scăderea cantităţii de materii fecale	Pot contribui şi alţi factori, precum debilitarea şi medicamentele cu efect de constipare.
Sindromul colonului iritabil[15]	Schimbarea frecvenţei şi formei tranzitului intestinal în lipsa unei anomalii structurale sau chimice	Scaune reduse cantitativ, tari, adeseori cu mucus; perioade de diaree; durere intermitentă timp de 12 săptămâni în ultimele 12 luni, ameliorată de defecaţie; poate fi agravată de stres.
Obstrucţia mecanică		
Cancerul rectal sau de colon sigmoid	Îngustarea progresivă a lumenului intestinal	Modificări ale tranzitului intestinal; adesea diaree, durere abdominală şi sângerare. În cancerul rectal - tenesme şi scaune în formă de creion.
Impactarea fecală	O masă fecală mare, fermă, nemobilizabilă, cel mai adesea în rect	Plenitudine rectală, durere abdominală şi diaree; frecventă la pacienţii debilitaţi, imobilizaţi la pat şi vârstnici
Alte leziuni obstructive (precum diverticulită, volvulus, invaginare, sau hernie)	Îngustarea sau obstrucţia completă a intestinului	Durere abdominală colicativă, distensie abdominală, iar în invaginare - scaune cu aspect de „jeleu de coacăze" (cu sânge roşu şi mucus)
Leziuni anale dureroase	Durerea poate determina spasmul sfincterului anal extern şi inhibiţia voluntară a reflexului de defecaţie.	Fisuri anale, hemoroizi dureroşi, abcese perirectale
Medicamente	O varietate de mecanisme	Opioide, anticolinergice, antiacide pe bază de calciu sau aluminiu şi multe altele
Depresia	O tulburare afectivă. Vezi Planşa 5-2, Tulburări afective.	Oboseală, anhedonie, tulburări de somn, pierdere ponderală
Afecţiuni neurologice	Afectarea inervaţiei autonome a intestinului	Leziunile spinale, scleroza multiplă, boala Hirschsprung şi alte afecţiuni
Afecţiuni metabolice	Afectarea motilităţii intestinale	Sarcina, hipotiroidismul, hipercalcemia

PLANŞA 11-4 **Diareea**

Afecţiune	Patogenie	Caracteristicile scaunului
Diareea acută[16]		
Infecţie secretorie	Infecţie cu virusuri, toxine bacteriene preformate (e.g. *Staphylococcus aureus, Clostridium perfrigens, Escherichia coli enterotoxigenă, Vibrio cholerae*), cryptosporidium, *Giardia lamblia*	Scaune apoase, fără sânge, puroi sau mucus
Infecţie inflamatorie	Colonizarea sau invazia mucoasei intestinale (*Salmonella non-tifică, Shigella, Yersinia, Campylobacter, E. Coli* enteropatică, *Entamoeba histolytica*)	Scaune neformate sau apoase, adesea cu sânge, puroi sau mucus
Diareea indusă de medicamente	Acţiunea a numeroase medicamente, cum ar fi antiacidele pe bază de magneziu, antibioticele, agenţii antineoplazici şi laxativele	Scaune neformate sau apoase
Diareea cronică		
Sindromul diareic		
• Sindromul colonului iritabil[15]	Modificări în frecvenţa şi aspectul scaunelor în absenţa unor anomalii organice sau chimice	Scaune neformate; pot conţine mucus, dar fără sânge. În constipaţie - scaune reduse cantitativ, tari
• Cancer de colon sigmoid	Obstrucţie parţială printr-un neoplasm malign	Scaunul poate avea striuri de sânge
Boală inflamatorie intestinală		
• Colita ulcerativă	Inflamaţia mucoasei şi submucoasei rectului şi colonului cu ulceraţie; caracteristic se extinde proximal de la nivelul rectului	Scaune moi sau apoase, adesea cu sânge
• Boala Crohn a intestinului subţire (enterita regională) sau a colonului (colita granulomatoasă)	Inflamaţie cronică transmurală a peretelui intestinal, cu aspect segmentar, care afectează caracteristic ileonul terminal şi/sau colonul proximal	Scaune reduse cantitativ, moi, neformate sau apoase, de obicei fără sânge vizibil (enterita) sau în cantitate mai redusă decât în colita ulcerativă (colita)
Diareea abundentă		
• Sindromul de malabsorbţie	Deficit de absorbţie a grăsimilor, inclusiv a vitaminelor liposolubile, cu steatoree (excreţia masivă a grăsimii) în insuficienţa pancreatică, deficitul de săruri biliare, suprapopularea bacteriană	Scaune voluminoase, moi, de culoare galben deschis sau cenuşiu, afânate, grase sau uleioase, şi uneori spumoase; cu miros fetid; de obicei plutesc în toaletă
• Diareea osmotică		
Intoleranţa la lactoză	Deficitul de lactază intestinală	Diaree apoasă cu volum mare
Abuzul de purgative osmotice	Abuzul de laxative, adesea pe ascuns	Diaree apoasă cu volum mare
• Diaree secretorie produsă de infecţii bacteriene, polipi adenomatoşi viloşi secretori, malabsorbţia lipidelor sau sărurilor biliare, afecţiuni mediate hormonal (gastrină în sindromul Zollinger-Ellison, peptidul intestinal vasoactiv)	Variabil	Diaree apoasă cu volum mare

Durată	Simptome asociate	Condiţii de apariţie, persoane cu risc
Cu durată de câteva zile, posibil mai lungă. Deficitul de lactază poate favoriza o evoluţie mai lungă.	Greaţă, vărsături, durere periombilicală colicativă. Temperatură normală sau uşor crescută.	De obicei în timpul călătoriilor, cu sursă alimentară, sau în cadrul unei epidemii.
Afecţiune acută cu durată variabilă	Durere abdominală inferioară colicativă şi defecaţie imperioasă, tenesme, febră.	Călătorii, alimente sau surse de apă contaminate. Femei şi bărbaţi care au contacte sexuale anale frecvente.
Acută, recurentă, sau cronică	Posibil greaţă; de obicei durere minimă sau absentă	Medicamente care necesită sau nu prescripţie medicală
De obicei mai severă dimineaţa. Diareea trezeşte rar pacientul noaptea.	Dureri abdominale inferioare colicative, distensie abdominală, flatulenţă, greaţă, constipaţie	Adulţi tineri şi de vârstă mijlocie, în special femei
Variabilă	Modificări ale tranzitului intestinal normal, dureri colicative în abdomenul inferior, constipaţie	Adulţi de vârstă medie sau vârstnici, în special peste 55 de ani
Debutul variază de la insidios la acut. Caracteristic recidivantă; poate fi persistentă. Diareea poate trezi pacientul noaptea.	Dureri abdominale colicative în etajul inferior sau generalizate, anorexie, slăbiciune; febră în formele severe. Poate asocia episclerită, uveită, artrită, eritem nodos.	Adesea persoane tinere. Creşte riscul de cancer de colon.
Debut insidios; cronică sau recidivantă. Diareea îl poate trezi pe pacient noaptea.	Durere colicativă periombilicală sau în cadranul inferior drept (enterita) sau difuză (colita), cu anorexie, febră joasă şi/sau scădere ponderală. Abcese şi fistule perianale sau perirectale. Poate determina obstrucţia intestinului subţire sau gros.	Adesea persoane tinere, în special la sfârşitul adolescenţei, dar şi de vârstă mijlocie. Mai frecventă la persoane de origine evreiască. Risc crescut de cancer de colon.
Debutul tipic al bolii este insidios	Anorexie, scădere ponderală, fatigabilitate, distensie abdominală, durere colicativă în abdomenul inferior. Simptome ale deficitului nutriţional: sângerări (vitamina K), dureri osoase şi fracturi (vitamina D), glosită (vitamina B) şi edeme (proteine)	Variabile, dependent de cauză
După ingestia de lapte şi produse lactate; ameliorată de postul alimentar	Durere abdominală colicativă, distensie abdominală, flatulenţă	La > 50% din populaţia afro-americană, asiatică, amerindiană, hispanică; la 5-20% din caucazieni
Variabilă	De obicei lipsesc	Persoane cu anorexie sau bulimie nervoasă
Variabilă	Scădere ponderală, deshidratare, greaţă, vărsături şi dureri abdominale colicative	Variabile, dependent de cauză

Scaune negre şi sangvinolente

Afecţiune	Cauze	Simptome asociate şi condiţii de apariţie
Melena Reprezintă eliminarea unor scaune de culoare neagră, ca păcura (lipicioase şi lucioase). Testele pentru sângerări oculte în scaun sunt pozitive. Implică pierderea a minim 60 ml de sânge în tractul gastrointestinal (mai puţin la nou-născuţi şi copii), de obicei de la nivelul esofagului, stomacului sau duodenului. Mai rar, când tranzitul intestinal este lent, sângele poate avea originea în jejun, ileon sau colonul ascendent. La nou-născuţi, melena poate fi consecinţa înghiţirii de sânge în timpul travaliului.	Ulcerul peptic	Adesea, dar nu obligatoriu, istoric de durere epigastrică
	Gastrita sau ulcerul duodenal	Ingestie recentă de alcool, aspirină sau alte medicamente antiinflamatoare; traumă fizică recentă, arsuri severe, intervenţii chirurgicale, sau hipertensiune intracraniană
	Varice esofagiene sau gastrice	Ciroză hepatică sau alte cauze de hipertensiune portală
		Istoric de pirozis
	Esofagită de reflux Sindrom Mallory-Weiss – ruptura mucoasei esofagiene indusă de regurgitaţii şi vărsături	Regurgitaţii, vărsături, ingestie recentă de alcool
Scaune negre, nelipicioase Pot avea alte cauze; testul pentru hemoragii oculte este negativ. (Ingestia de fier sau alte substanţe, totuşi, poate produce un rezultat pozitiv în absenţa hemoragiei.) Aceste scaune nu au semnificaţie patologică.	Ingestia de fier, săruri de bismut cum ar fi Pepto-Bismol, lemn dulce, sau chiar prăjituri cu ciocolată din comerţ	
Sânge roşu în scaun Are de obicei originea în colon, rect, sau anus şi mai rar în jejun sau ileon. Hemoragia digestivă superioară poate determina de asemenea scaune cu sânge. În acest caz, cantitatea de sânge pierdută este mare (peste un litru). Tranzitul intestinal rapid nu oferă timp suficient pentru ca sângele să devină negru.	Cancer de colon	Adesea modificări ale tranzitului intestinal
	Polipi benigni ai colonului	De obicei fără alte simptome
	Diverticuli colonici	De obicei fără alte simptome
	Afecţiuni inflamatorii ale colonului şi rectului	
	• Colita ulcerativă, boala Crohn	Vezi Planşa 11-4, Diareea.
	• Diareea infecţioasă	Vezi Planşa 11-4, Diareea.
	• Proctita (de cauze variabile) determinată de contacte sexuale anale frecvente	Defecaţie imperioasă, tenesme
	Colita ischemică	Dureri abdominale inferioare, uneori febră şi şoc la adulţii vârstnici. În mod caracteristic abdomenul este moale la palpare.
	Hemoroizi	Sânge pe hârtia igienică, pe suprafaţa bolului fecal sau în toaletă
	Fisură anală	Sânge pe hârtia igienică sau pe suprafaţa materiilor fecale; durere anală
Scaune roşii, dar fără sânge	Ingestia de sfeclă	Urină de culoare roz, care de obicei precedă scaunele cu nuanţă roşie

Polakiuria, nicturia şi poliuria

Afecţiune	Mecanism	Cauze	Simptome asociate
Polakiuria	Scăderea capacităţii vezicii urinare		
	• Creşterea sensibilităţii vezicii la distensie de cauză inflamatorie	*Infecţie*, calculi, tumori sau corpi străini în vezică	Senzaţie de arsură la urinare, micţiuni imperioase, uneori hematurie macroscopică
	• Scăderea elasticităţii peretelui vezical	Infiltrare tumorală sau prezenţa de cicatrici	Simptomele inflamaţiei asociate (vezi mai sus) sunt frecvente.
	• Scăderea inhibiţiei corticale a contracţiilor vezicale	Tulburări motorii ale sistemului nervos central, de ex. accident vascular cerebral	Micţiuni imperioase; simptome neurologice cum ar fi slăbiciune şi paralizie
	Alterarea evacuării vezicale, cu reziduu urinar		
	• Obstrucţie mecanică parţială a colului vezical sau a uretrei proximale	Cel mai frecvent, hiperplazie benignă de prostată; de asemenea stricturi uretrale şi alte leziuni obstructive ale vezicii sau prostatei	Anterior simptomelor obstructive: dificultate în iniţierea micţiunii, evacuare cu efort, reducerea dimensiunii şi forţei jetului urinar şi picurare în cursul sau la sfârşitul micţiunii
	• Anomalii ale inervaţiei periferice a vezicii	Boli neurologice care afectează nervii sacrali sau rădăcinile nervoase, e.g. neuropatia diabetică	Slăbiciune sau deficite senzitive.
Nicturia			
Cu volum crescut	Cele mai multe forme de poliurie (vezi pag. 428)		
	Scăderea capacităţii renale de concentrare a urinei şi dispariţia capacităţii de scădere normală a producţiei nocturne de urină	Insuficienţă renală cronică într-un număr mare de afecţiuni	Posibil alte simptome ale insuficienţei renale
	Aport excesiv de lichide înainte de culcare	Obiceiul, în special legat de consumul de alcool şi cafea	
	Retenţie de lichide, anasarcă Edemul decliv se acumulează ziua şi este excretat noaptea, când pacientul este în decubit.	Insuficienţa cardiacă congestivă, sindromul nefrotic, ciroza hepatică cu ascită, insuficienţa venoasă cronică	Edeme şi alte simptome ale bolii de bază. Producţia de urină din timpul zilei poate fi scăzută, deoarece lichidul se reacumulează în organism. Vezi Planşa 12-5, Cauze periferice de edeme.
Cu volum scăzut	Polakiurie		
	Micţiuni în timpul trezirilor nocturne, fără necesitate reală, o „pseudo-polakiurie"	Insomnia	Variabile
Poliuria	Deficitul de hormon antidiuretic (diabetul insipid)	O disfuncţie a hipofizei posterioare şi a hipotalamusului	Sete şi polidipsie, adesea severe şi persistente; nicturie
	Rezistenţa renală la hormonul antidiuretic (diabetul insipid nefrogen)	Mai multe afecţiuni renale, inclusiv nefropatiile hipercalcemică şi hipopotasemică; toxicitatea medicamentoasă, de exemplu a litiului	Sete şi polidipsie, adesea severe şi persistente; nicturie
	Diureză osmotică		
	• Electroliţi, cum ar fi sărurile de sodiu	Aportul crescut de sare, diuretice cu potenţă mare, unele boli renale	Variabile
	• Alte substanţe, cum ar fi glucoza	Diabet zaharat dezechilibrat	Sete, polidipsie şi nicturie
	Aportul excesiv de apă	Polidipsie primară	Polidipsia are tendinţa de a fi episodică. Setea poate să lipsească. Nicturia este de obicei absentă.

Incontinenţa urinară*

Afecţiune	Mecanism
Incontinenţa la efort Sfincterul uretral este hipoton, astfel încât creşterile tranzitorii ale presiunii intraabdominale ridică presiunea vezicală la valori care depăşesc rezistenţa uretrei.	La femei, de obicei o slăbiciune a planşeului pelvin cu susţinere musculară inadecvată a vezicii şi a uretrei proximale şi modificarea unghiului dintre vezică şi uretră. Cauzele sunt naşterea şi intervenţiile chirurgicale. Pot contribui modificările locale care afectează sfincterul uretral intern, cum ar fi atrofia postmenopauză a mucoasei şi infecţiile uretrale. La bărbaţi, incontinenţa la efort poate fi urmarea intervenţiilor chirurgicale la nivelul prostatei.
Incontinenţa de necesitate Contracţiile muşchiului detrusor sunt mai puternice decât în mod normal şi depăşesc rezistenţa uretrală normală. Vezica este, în mod caracteristic, *mică*.	• Scăderea inhibiţiei corticale a contracţiilor detrusorului în AVC, tumori cerebrale, demenţă şi leziuni ale coloanei vertebrale deasupra nivelului sacral • Hiperexcitabilitatea căilor senzitive în infecţiile vezicale, tumori şi impactarea fecală • Lipsa de condiţionare a reflexelor de micţiune în evacuările frecvente voluntare la volum vezical mic
Incontinenţa de preaplin Contracţiile detrusorului sunt insuficiente pentru a depăşi rezistenţa uretrală. Vezica este, în mod caracteristic, *mare*, chiar după un efort de evacuare.	• Obstrucţia evacuării vezicii, în hiperplazia benignă de prostată sau în tumori • Slăbiciunea muşchiului detrusor în neuropatii periferice la nivel sacral • Tulburările sensibilităţii vezicii care întrerup arcul reflex, cum ar fi neuropatia diabetică
Incontinenţa funcţională Reprezintă o incapacitate funcţională de a ajunge la toaletă la timp din cauza unor probleme de sănătate sau a condiţiilor de mediu.	Probleme de mobilitate determinate de slăbiciune, artrită, scăderea acuităţii vizuale sau alte afecţiuni. Factori de mediu cum ar fi decorul nefamiliar, distanţa mare până la toaletă, patul cu grilaj, sau restricţiile fizice.
Incontinenţa indusă de medicaţie Medicamentele pot contribui la oricare dintre tipurile de incontinenţă enumerate.	Sedative, tranchilizante, anticolinergice, blocante adrenergice şi diuretice puternice

*Pacienţii pot avea mai multe tipuri de incontinenţă.

Simptome	Semne fizice
Scurgere ocazională a unei cantităţi mici de urină la tuse, râs şi strănut când persoana este în poziţie verticală. Dorinţa de a urina nu este asociată cu incontinenţa la efort pură.	Vezica nu este decelabilă la examinarea abdomenului. Incontinenţa la efort poate fi demonstrată, mai ales când pacientul este examinat stând în picioare şi înainte de micţiune. Vaginita atrofică poate fi evidentă.
Incontinenţa este precedată de urgenţă micţională. Volumul este moderat. Micţiune imperioasă Polakiurie şi nicturie cu volum scăzut sau moderat Dacă este prezentă inflamaţia acută, există durere la urinare Posibil „pseudo-incontinenţă la efort" – evacuarea la 10-20 sec după efort: schimbarea poziţiei, urcatul sau coborâtul scărilor şi, posibil, tuse, râs sau strănut	Vezica nu este decelabilă la examinarea abdomenului. În condiţiile scăderii inhibiţiei corticale, adesea sunt prezente (dar nu obligatoriu) deficite mentale sau semne motorii de afectare a sistemului nervos central. În hiperexcitabilitatea căilor senzitive, pot apărea semne ale unor tulburări pelvine locale, sau impactare fecală.
Picurare continuă sau incontinenţă prin picurare Scăderea forţei jetului urinar Pot fi prezente simptome anterioare de obstrucţie urinară parţială sau alte simptome de neuropatie periferică.	Examinarea abdominală decelează vezica mărită de volum care poate fi sensibilă. Alte semne includ mărirea prostatei, semne motorii de neuropatie periferică, scăderea sensibilităţii (inclusiv în zona perineală) şi reflexe diminuate până la dispariţie.
Incontinenţă pe drumul spre baie sau doar dimineaţa devreme	Vezica este nedecelabilă la examenul obiectiv. Căutaţi indicii fizice sau de mediu ale cauzei probabile.
Variabile. Anamneza atentă şi consultarea fişei medicale a pacientului sunt importante.	Variabile

Deformări protruzive localizate ale peretelui abdominal

Deformările convexe, proeminente, ale peretelui abdominal, includ *herniile abdominale* (defecte ale peretelui prin care protruzionează ţesuturile) şi tumorile subcutanate, cum ar fi *lipoamele*. Cele mai frecvente hernii abdominale sunt ombilicale, post-operatorii şi epigastrice. Herniile şi dehiscenţa muşchilor drepţi abdominali sunt mai evidente când pacientul îşi ridică capul şi umerii din decubit dorsal.



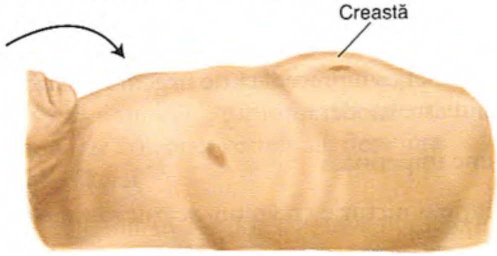
COPIL MIC

Hernia ombilicală

O protruzie prin inelul ombilical care prezintă un defect este mai frecventă la copilul mic, dar apare şi la adulţi. La copiii mici, dar nu la adulţi, se închide de obicei spontan în decurs de 1-2 ani.

Dehiscenţa muşchilor drepţi abdominali

Reprezintă separarea celor doi muşchi drepţi abdominali, prin care conţinutul abdominal formează o creastă pe linia mediană când pacientul îşi ridică umerii şi capul. Se observă adesea după sarcini multiple, la persoanele obeze şi la cele cu boli pulmonare cronice. Nu are consecinţe clinice.





Hernia post-operatorie

Este o protruzie la nivelul unei cicatrici post-operatorii. Decelaţi prin palpare lungimea şi lăţimea defectului peretelui abdominal. Un defect mic, prin care a protruzionat o hernie mare, are un risc mai mare de complicaţii decât un defect mare.



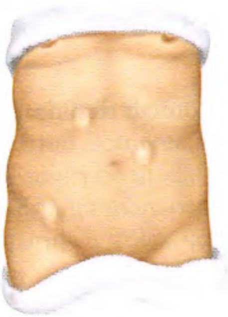
Hernia epigastrică

Apare ca o mică protruzie pe linia mediană printr-un defect al liniei albe, între procesul xifoid şi ombilic. În timp ce pacientul îşi ţine capul şi umerii ridicate (sau stă în picioare), treceţi degetele de sus în jos peste linia albă pentru a o palpa.



Lipoamele

Sunt tumori adipoase frecvente, benigne, care apar în ţesutul subcutanat în orice zonă a corpului, inclusiv în peretele abdominal. De dimensiuni mici sau mari, sunt de obicei moi şi adesea lobulate. Apăsaţi cu degetul pe marginea unui lipom. Caracteristic, tumora va aluneca de sub acesta.



Abdomenul proeminent



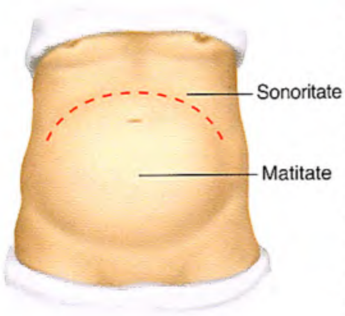
Panicului adipos

Este cea mai frecventă cauză a abdomenului proeminent. Ţesutul adipos creşte grosimea peretelui abdominal, mezenterului şi omentului. Ombilicul poate părea deprimat. Excesul de *panicul adipos* formează un şorţ de ţesut adipos care se poate extinde inferior de ligamentele inghinale. Ridicaţi-l pentru a căuta semne de inflamaţie în pliurile cutanate sau chiar hernii ascunse de acesta.



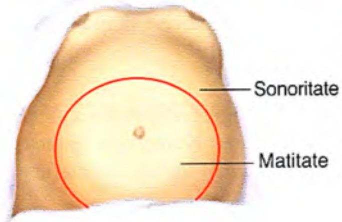
Gazele

Distensia gazoasă poate fi localizată sau generalizată. Determină sonoritate la percuţie. Producţia crescută de gaze intestinale cauzată de anumite alimente poate produce distensie moderată. Mult mai grave sunt obstrucţia intestinală şi ileusul dinamic (paralitic). Observaţi localizarea distensiei. Gradul de distensie este mai mare în obstrucţiile colonice decât în cele ale intestinului subţire.



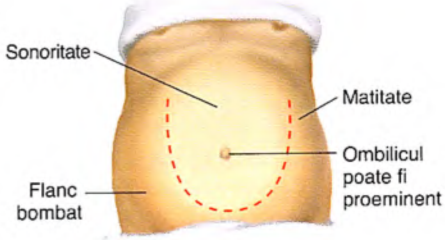
Tumorile

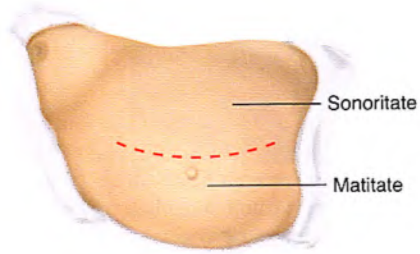
O tumoră mare, solidă, de obicei cu originea în pelvis, este mată la percuţie. Intestinul plin cu aer este împins la periferia abdomenului. Cauzele includ tumorile ovariene şi leiomiomatoza uterină. Uneori, o vezică mult destinsă poate fi confundată cu o astfel de tumoră.



Sarcina

Sarcina este o cauză frecventă a prezenţei unei „mase” pelvine. Auscultaţi bătăile cordului fetal (vezi pag. 885-886).

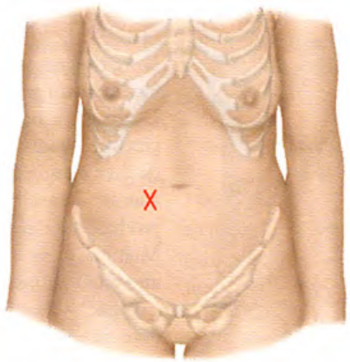


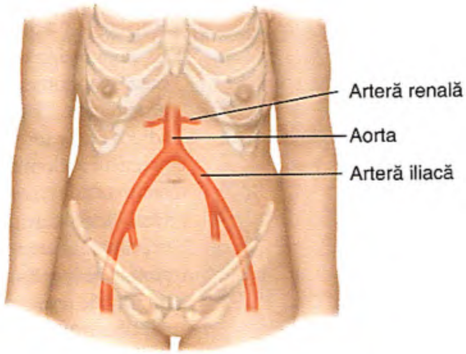


Ascita[42]

Lichidul de ascită se acumulează în punctul cel mai decliv al abdomenului şi produce bombarea flancurilor care sunt mate la percuţie. Ombilicul poate fi proeminent. Întoarceţi pacientul în decubit lateral pentru a decela schimbarea poziţiei nivelului lichidului (matitate deplasabilă). (Vezi pag. 448-449 pentru evaluarea ascitei.)

Zgomotele abdominale





Zgomotele intestinale

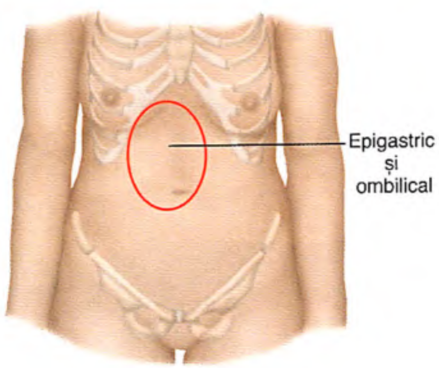
Zgomotele intestinale pot fi:

- *Accentuate* în diaree sau *ocluzia intestinală incipientă*
- *Diminuate* şi apoi absente, în *ileusul dinamic* şi în *peritonită*. Înainte de a afirma că zgomotele intestinale sunt abolite, staţi şi auscultaţi în zonele indicate timp de două minute sau chiar mai mult.

Zgomotele ascuţite, ca un clinchet, sugerează prezenţa de lichid şi aer sub tensiune în intestinul dilatat. Numeroase *zgomote ascuţite* asociate cu o colică abdominală indică obstrucţie intestinală.

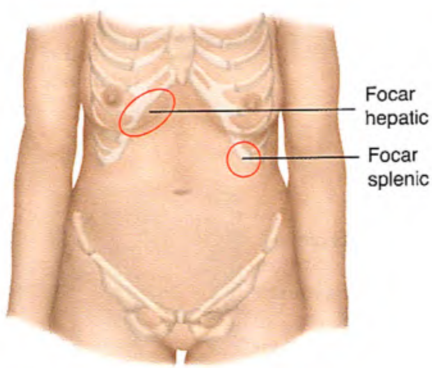
Suflurile

Un *suflu hepatic* sugerează un carcinom hepatic sau o hepatită alcoolică. *Suflurile arteriale* care au atât componentă sistolică cât şi diastolică sugerează obstrucţia parţială a aortei sau a unei artere mari. Obstrucţia parţială a unei artere renale poate explica prezenţa hipertensiunii.



Suflul venos

Acesta este rar. Este similar unui freamăt şi are atât componentă sistolică cât şi diastolică. Indică creşterea circulaţiei colaterale între vena portă şi venele sistemice, de exemplu în ciroza hepatică.



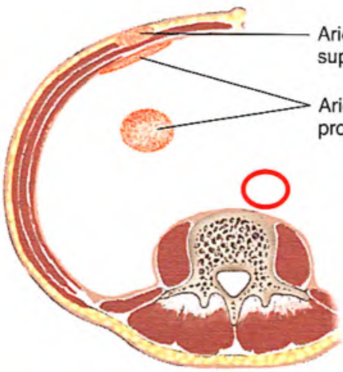
Frecăturile peritoneale

Sunt rare. Sunt sunete aspre, care variază cu respiraţia. Ele indică inflamaţia suprafeţei peritoneale a unui organ, de exemplu în cancerul hepatic, perihepatita cu Chlamydia sau gonococ, biopsia hepatică recentă sau infarctul splenic. Când un suflu sistolic însoţeşte o frecătură a peritoneului hepatic, suspectaţi un carcinom hepatic.

PLANŞA 11-11

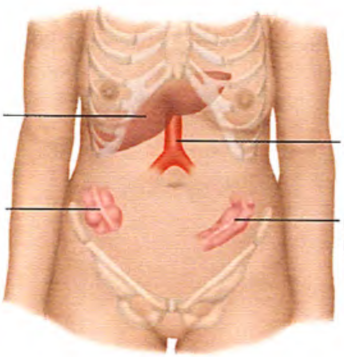
Sensibilitatea abdominală

Sensibilitatea peretelui abdominal



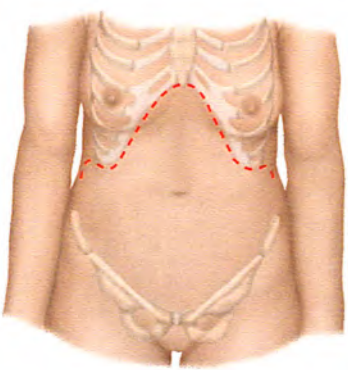
Sensibilitatea poate avea originea în peretele abdominal. Când pacientul îşi ridică capul şi umerii, această sensibilitate persistă, pe când sensibilitatea dată de o leziune mai profundă (protejată de contracţia musculaturii) se reduce.

Sensibilitatea viscerală



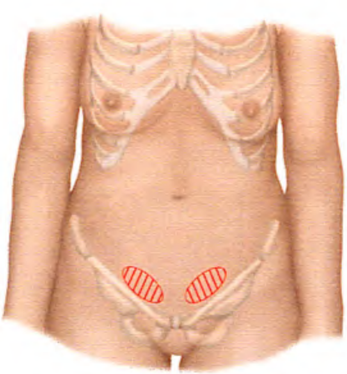
Structurile ilustrate pot fi sensibile la palparea profundă. De obicei, apare un disconfort surd, fără rigiditate musculară sau sensibilitate de recul. O explicaţie liniştitoare pentru pacient este suficientă.

Sensibilitatea dată de leziuni toracice sau pelvine



Pleurezia acută

Durerea şi sensibilitatea abdominală pot fi cauzate de inflamaţia acută a pleurei. Când este unilaterală, poate mima colecistita acută sau apendicita. Sensibilitatea de recul şi rigiditatea musculară sunt mai rare; semnele toracice sunt de obicei prezente.



Salpingita acută

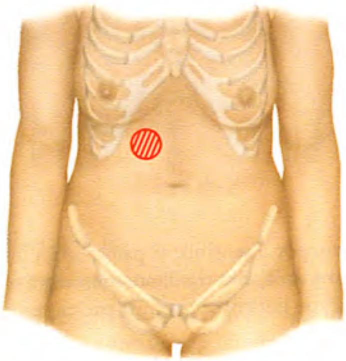
Frecvent bilaterală, sensibilitatea din salpingita acută (inflamaţia trompelor uterine) are de obicei intensitate maximă imediat deasupra ligamentelor inghinale. Pot fi prezente sensibilitatea de recul şi rigiditatea musculară. La examenul ginecologic, mobilizarea uterului produce durere.

(continuare la pagina 468)

Sensibilitatea abdominală (continuare)

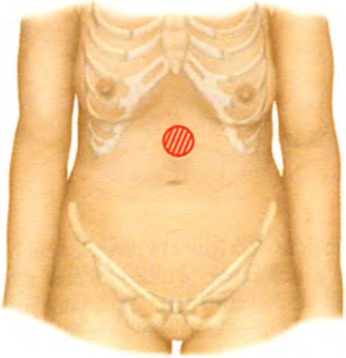
Sensibilitatea în inflamaţia peritoneală

Sensibilitatea asociată cu inflamaţia peritoneală este mai severă decât cea viscerală. Apărarea musculară şi sensibilitatea de recul sunt frecvente, dar nu obligatorii. Peritonita generalizată determină sensibilitate extinsă în tot abdomenul, alături de contractură musculară cu aspect de "abdomen de lemn". Aceste semne identificate la palpare, mai ales rigiditatea musculară, dublează probabilitatea diagnosticului de peritonită.[36] Cauzele localizate de inflamaţie peritoneală includ:



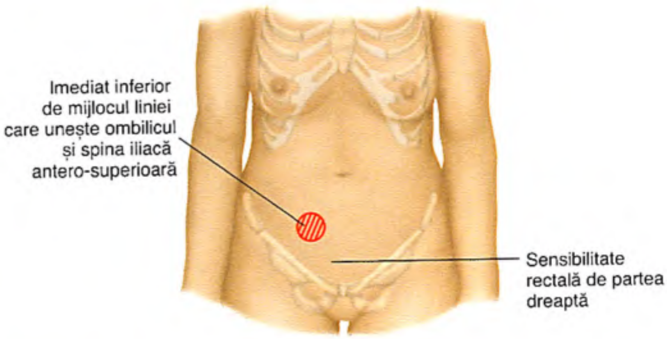
Colecistita acută[7]

Semnele au intensitate maximă în cadranul superior drept. Căutaţi semnul Murphy (vezi pag. 451).



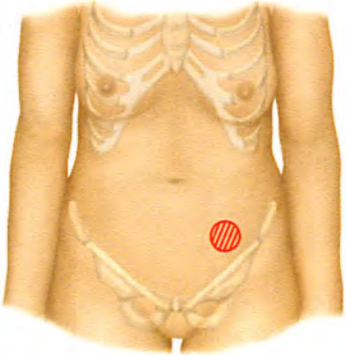
Pancreatita acută[6]

În pancreatita acută, sensibilitatea epigastrică şi de recul sunt de obicei prezente, dar peretele abdominal poate fi suplu.



Apendicita acută[14]

Semnele din cadranul inferior drept sunt caracteristice pentru apendicita acută, dar pot fi absente în faza incipientă. Exploraţi alte zone ale cadranului inferior drept, precum şi flancul drept.

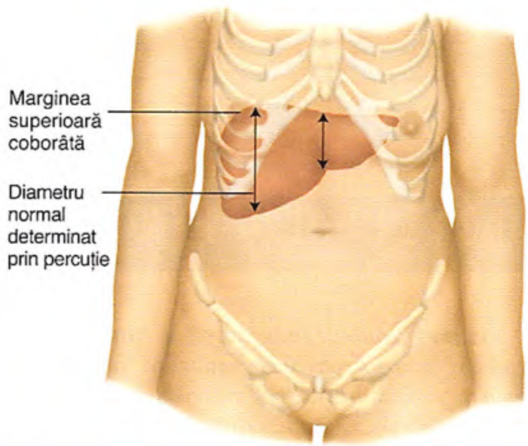


Diverticulita acută

Diverticulita acută implică cel mai adesea colonul sigmoid, caz în care este asemănătoare cu o apendicită de partea stângă.

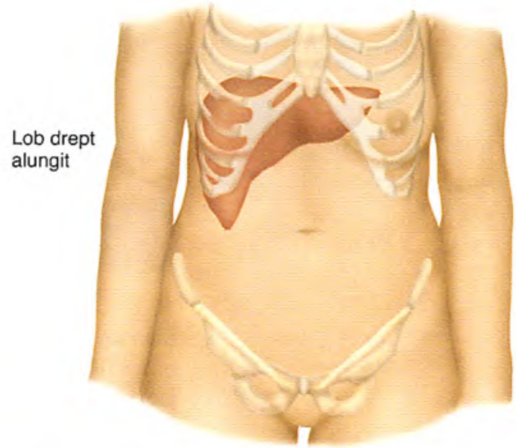
Hepatomegalia: aparentă și reală

Un ficat palpabil nu indică neapărat hepatomegalie (mărirea ficatului), ci mai frecvent reflectă o modificare a consistenţei sale de la cea normală, moale, la una anormală, fermă sau dură, ca în ciroză. Estimarea clinică a dimensiunilor ficatului trebuie să se bazeze atât pe percuţie cât şi pe palpare, deşi chiar şi aceste tehnici sunt departe de perfecţiune.[36]



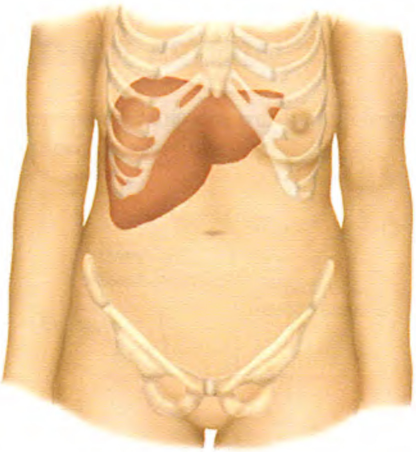
Deplasarea inferioară a ficatului de un diafragm coborât

Este o modificare frecventă când diafragmul este coborât (de exemplu în BPOC). Marginea ficatului poate fi palpată cu uşurinţă mult sub rebordul costal. Percuţia decelează marginea superioară coborâtă, iar diametrul vertical al ficatului este normal.



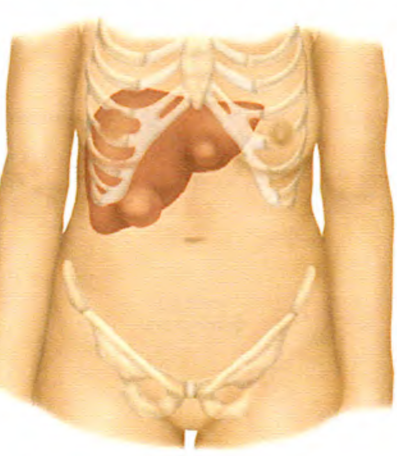
Variante normale ale formei ficatului

La unele persoane, în special cele cu constituţie astenică, ficatul tinde să fie alungit, astfel încât lobul său drept se palpează cu uşurinţă fiind situat mai jos, către creasta iliacă. O astfel de alungire, numită uneori *lobul Riedel*, reprezintă o variantă a formei hepatice, nu o creştere a volumului sau dimensiunilor ficatului. În cazul unui organ tridimensional cu formă variabilă examinatorul poate doar să estimeze limitele superioare şi inferioare. Unele erori sunt inevitabile.



Ficatul mare şi neted

Ciroza poate determina creşterea în dimensiuni a ficatului, cu o margine fermă, *nedureroasă*. În ciroză, ficatul nu este întotdeauna mărit de volum, iar multe alte boli pot produce modificări asemănătoare. Un ficat mărit, cu marginea netedă, *dureroasă* sugerează inflamaţia (ca în hepatită), sau congestia venoasă (ca în insuficienţa cardiacă dreaptă).



Ficatul mare şi neregulat

Un ficat mărit, ferm sau dur, cu marginea sau suprafaţa neregulată sugerează un proces malign. Poate prezenta unul sau mai mulţi noduli. Ficatul poate fi sau nu sensibil.

C A P I T O L U L

Sistemul vascular periferic

12

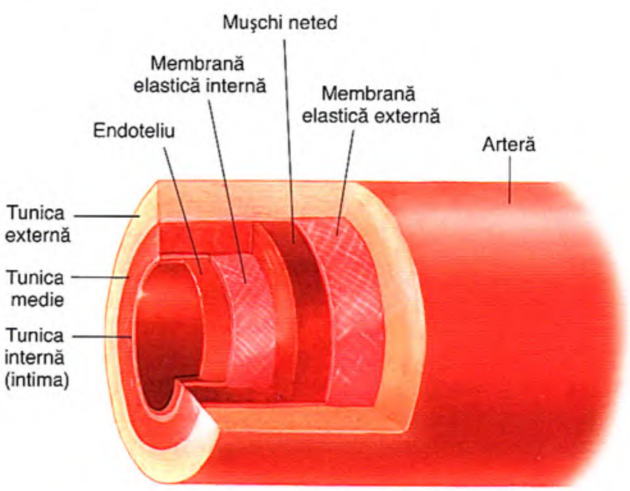
ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Evaluarea atentă a sistemului vascular periferic este fundamentală pentru detectarea *bolii vasculare periferice*, care se regăseşte la aproximativ 30% din populaţia adultă, dar care este insidioasă la mai mult de jumătate dintre cei afectaţi.[1] Afecţiunile tromboembolice ale *sistemului venos periferic* sunt prezente la aproximativ 1% din adulţii cu vârstă peste 60 de ani, iar diagnosticarea precoce este esenţială pentru reducerea riscului de embolie pulmonară fatală.[2]

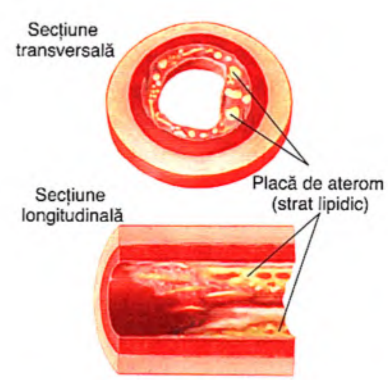
Acest capitol descrie anatomia şi fiziologia sistemelor arterial, venos şi limfatic ale membrelor, tehnicile de stabilire a istoricului medical, metodele de profilaxie şi consiliere, precum şi metodele de examinare în conformitate cu ghidurile din 2005 ale *Societăţii Americane de Cardiologie şi Asociaţiei Americane de Cardiologie privitoare la managementul pacienţilor cu boală vasculară periferică*.[3]

SISTEMUL ARTERIAL

Arterele au peretele alcătuit din trei tunici concentrice: *tunica internă (intima)*, *tunica medie* şi *tunica adventice*.



Lezarea celulelor endoteliale vasculare poate duce la formarea de trombusuri, ateroame sau leziuni vasculare.[4]



Intima este reprezentată de un strat continuu de celule endoteliale cu proprietăţi metabolice deosebite, care tapetează lumenul tuturor vaselor de sânge.[4] Endoteliul intact sintetizează agenţi modulatori ai trombozei cum sunt prostaciclina, activatorul plasminogenului şi molecule heparin-like. De asemenea produce molecule pro-trombotice precum factorul von Willebrand şi inhibitorul activatorului de plasminogen. Endoteliul are şi capacitatea de a modula fluxul sanguin şi reactivitatea vasculară prin sinteza de substanţe vasoconstrictoare (endotelina, enzima de conversie a angiotensinei) şi vasodilatatoare (oxidul nitric şi prostaciclina). La nivelul intimei are loc formarea de interleukine, molecule de adeziune şi antigene de histocompatibilitate, substanţe care participă la reglarea reacţiilor imune şi inflamatorii.

Un *aterom* începe să se formeze la nivelul intimei din celule spumoase încărcate cu lipide, care se transformă apoi în striuri lipidice. *Ateroamele complexe* reprezintă plăci (placarde) asimetrice îngroşate care îngustează lumenul, reduc fluxul sanguin şi slăbesc tunica medie subiacentă. Sunt constituite dintr-un miez lipidic moale, un capăt fibros format din celule musculare netede şi o matrice bogată în colagen. Ruptura plăcii de aterom poate precede tromboza.[4,5]

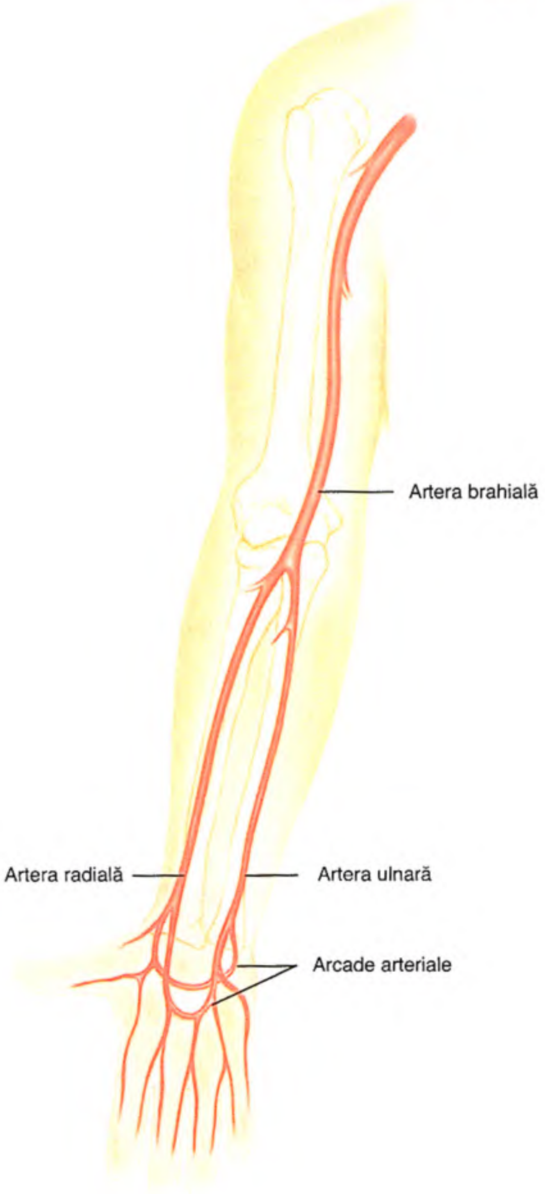
Tunica medie este formată din celule musculare netede a căror capacitate de contracţie şi relaxare influenţează presiunea şi fluxul sanguin. Straturile intern şi extern ale tunicii medii sunt reprezentate de membrane compuse din fibre elastice sau *elastină*, numite *laminele elastice internă şi externă*. Arteriole de dimensiuni mici numite *vasa vasorum* irigă tunica medie.

Tunica adventice constituie stratul extern al arterelor, alcătuit din ţesut conjunctiv care conţine fibre nervoase şi vasa vasorum.

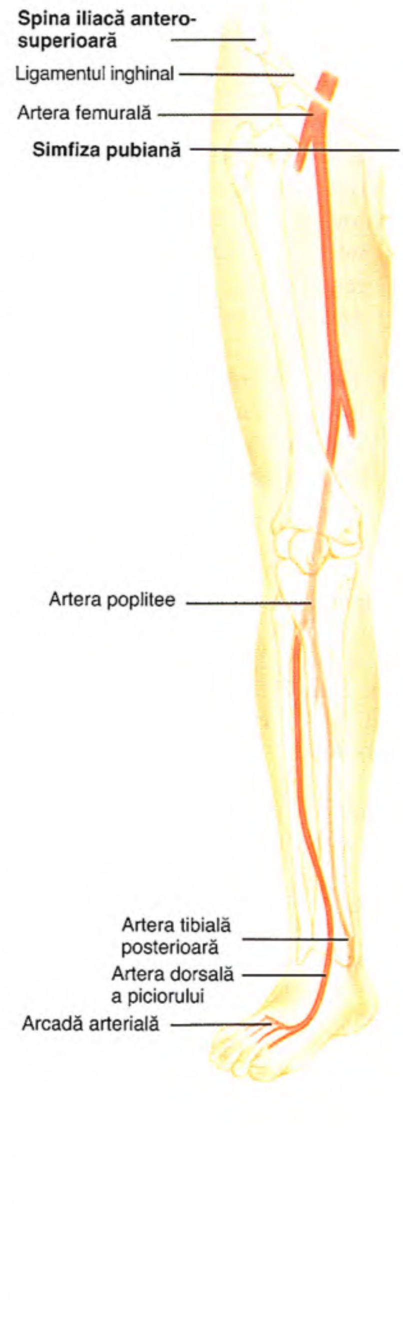
Pulsul arterial este palpabil la nivelul arterelor situate la suprafaţa corpului. La nivelul membrelor superioare pulsul poate fi decelat la următoarele artere:

- *Artera brahială*, la nivelul articulaţiei cotului, imediat medial de tendonul muşchiului biceps
- *Artera radială*, pe marginea laterală a muşchiului flexor radial al carpului
- *Artera ulnară*, pe marginea medială a muşchiului flexor ulnar al carpului, deşi ţesuturile supraiacente pot masca artera ulnară

Două arcade vasculare de la nivelul mâinii stabilesc conexiuni între arterele ulnară şi radială, oferind o dublă protecţie a circulaţiei mâinii şi degetelor împotriva unor posibile ocluzii arteriale.



Arterele răspund la variaţiile fluxului sanguin generate de sistolă şi diastolă în timpul ciclului cardiac. Structura şi dimensiunea arterelor variază în strânsă legătură cu distanţa faţă de inimă. Aorta şi primele sale ramificaţii (arterele pulmonare, carotide comune şi iliace) *au dimensiuni mari şi sunt foarte elastice.* Acestea se continuă cu *artere de dimensiuni medii*, numite şi artere *musculare*, cum sunt arterele coronare sau renale. La nivelul arterelor mari şi mijlocii, fluxul pulsatil arterial este propagat datorită destinderii elastice a peretelui arterial şi a contracţiei şi relaxării muşchiului neted din alcătuirea tunicii medii. Arterele medii se ramifică în *artere mici*, cu diametrul de maxim 2 mm şi ulterior în vase mai mici numite *arteriole*, cu diametrul între 20-100 nm. Rezistenţa la fluxul sanguin apare în primul rând la nivelul arteriolelor. (Conform legii LaPlace, rezistenţa este invers proporţională cu diametrul vasului de sânge, la puterea a 4-a).[4] Din arteriole, sângele ajunge într-o reţea vastă de *capilare*, fiecare având diametrul unei hematii, de aproximativ 7-8 microni (µm). Capilarele sunt constituite dintr-un strat de celule endoteliale, dar nu au tunică medie, şi astfel facilitează difuziunea rapidă a oxigenului şi dioxidului de carbon.



În cazul membrelor inferioare, pulsul poate fi decelat la următoarele niveluri:

- *Artera femurală*, imediat sub ligamentul inghinal, la mijlocul distanţei dintre spina iliacă antero-superioară şi simfiza pubiană.
- *Artera poplitee*, continuare a arterei femurale, care are traiect medial posterior de femur şi este palpabilă imediat posterior de genunchi. Artera poplitee se ramifică în două artere care asigură vascularizaţia gambei şi piciorului, respectiv:
- *Artera dorsală a piciorului*, situată pe faţa dorsală a piciorului, imediat lateral de tendonul extensor al halucelui, şi
- *Artera tibială posterioară* situată posterior de maleola medială a gleznei. Între cele două ramificaţi principale ale acestei artere există o arcadă arterială care protejează circulaţia de la nivelul piciorului.

SISTEMUL VENOS

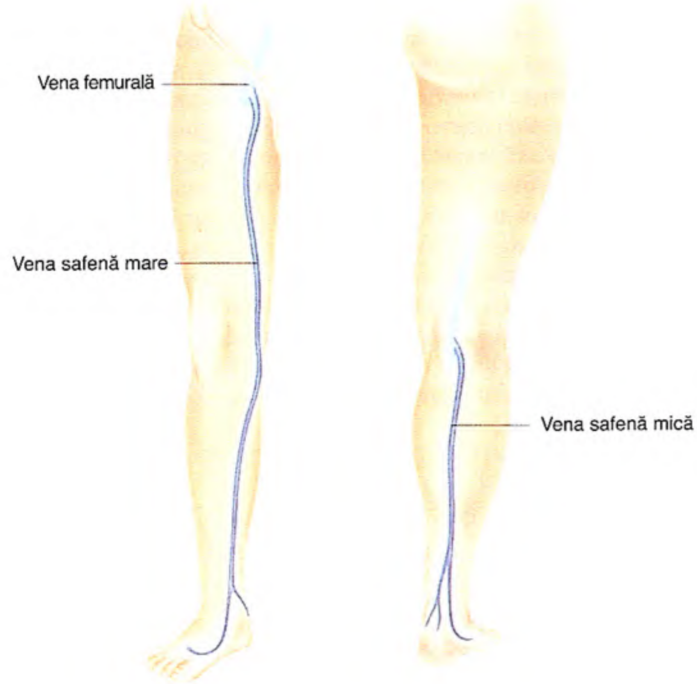
Spre deosebire de artere, venele au pereţii subţiri, se destind uşor, şi au o capacitate de până la două treimi din fluxul sanguin circulant. *Tunica intimă a venelor* este formată dintr-un endoteliu non-trombogen. Valvele venoase, care se proiectează în lumen, asigură întoarcerea unidirecţională a sângelui venos către inimă. *Tunica medie* conţine inele concentrice de ţesut elastic şi fibre musculare netede care pot modifica diametrul venelor ca răspuns la modificări (inclusiv minore) ale presiunii venoase.[4,6]

Venele de la nivelul braţelor, trunchiului superior, capului şi gâtului drenează în *vena cavă superioară* care se varsă în atriul drept. Venele de la nivelul membrelor inferioare şi trunchiului inferior se varsă în *vena cavă inferioară*. Venele membrelor inferioare, din cauza structurii mai slabe a peretelui, sunt susceptibile la dilatări neregulate, comprimări, ulceraţii sau invazia unor tumori, prin urmare necesită atenţie specială.

Sistemul venos superficial şi profund (membrele inferioare). *Venele profunde* ale membrelor inferioare sunt responsabile pentru aproximativ 90% din întoarcerea venoasă de la nivelul extremităţilor inferioare. Ţesuturile înconjurătoarele le asigură o susţinere adecvată.

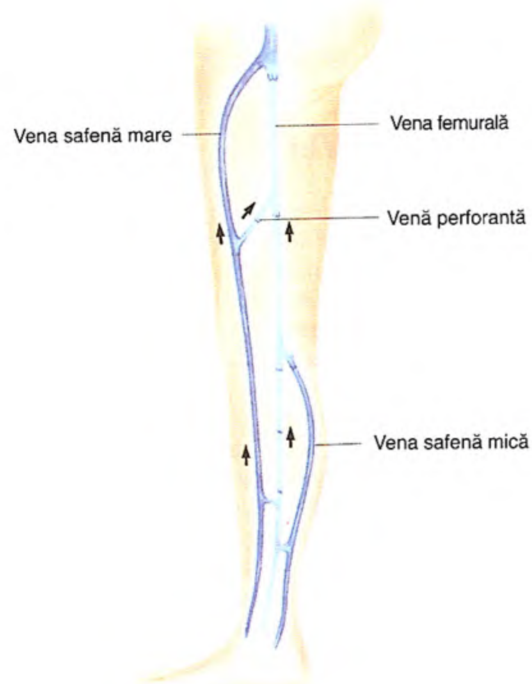
În schimb, *venele superficiale* sunt situate subcutanat, iar suportul lor tisular este slab. Sunt reprezentate de:

- *Vena safenă mare*, care are originea la nivelul feţei dorsale a piciorului, trece anterior de maleola medială, urcă pe faţa medială a gambei şi se uneşte cu vena femurală din sistemul venos profund chiar inferior de ligamentul inghinal
- *Vena safenă mică* are originea la nivelul marginii laterale a piciorului, are traiect ascendent pe faţa posterioară a gambei şi se varsă în sistemul venos profund în fosa poplitee



Anastomozele venoase leagă cele două vene safene, care sunt uşor vizibile când sunt dilatate. *Venele comunicante* sau cele *perforante* fac legătura dintre sistemul venos superficial şi cel profund.

Când sunt funcţionale, valvele unidirecţionale ale venelor profunde, superficiale şi perforante propulsează sângele către cord, prevenind acumularea, staza venoasă şi refluxul sanguin. Contracţia muşchilor gambei în timpul mersului are rolul unei pompe venoase, care împinge sângele în sens ascendent, împotriva forţei gravitaţionale.



SISTEMUL LIMFATIC ŞI GANGLIONII LIMFATICI

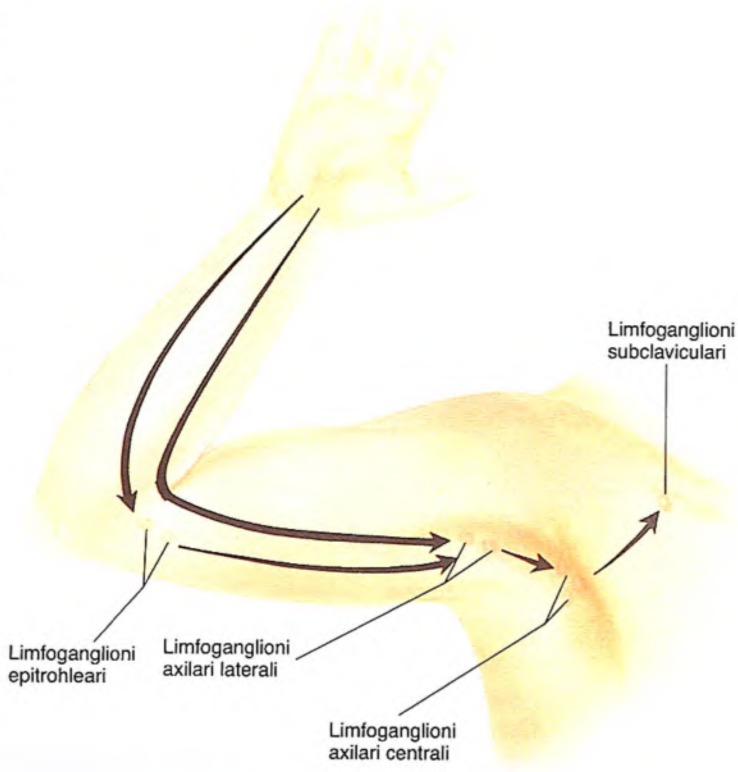
Sistemul limfatic este o reţea vasculară extinsă care drenează limfa din ţesuturile organismului şi o redă circulaţiei venoase. La nivel periferic sistemul limfatic este format din capilare limfatice terminale, care se continuă cu vase limfatice subţiri, care formează ducte, iar acestea se varsă în venele mari de la nivelul gâtului. Lichidul limfatic transportat prin aceste vase este filtrat la nivelul ganglionilor limfatici distribuiţi de-a lungul traseului.

Ganglionii limfatici au formă rotundă, ovală sau reniformă, iar mărimea lor variază în funcţie de localizare. Unii ganglioni, de exemplu cei preauriculari, au dimensiuni foarte mici şi de obicei nu sunt palpabili. În schimb, ganglionii inghinali sunt relativ mari, având diametrul de 1 cm, uneori chiar 2 cm, la un adult.

Pe lângă funcţiile vasculare, sistemul limfatic deţine un rol important în funcţia imunitară a organismului. Celulele de la nivelul ganglionilor limfatici înglobează resturile celulare şi bacteriile şi produc anticorpi.

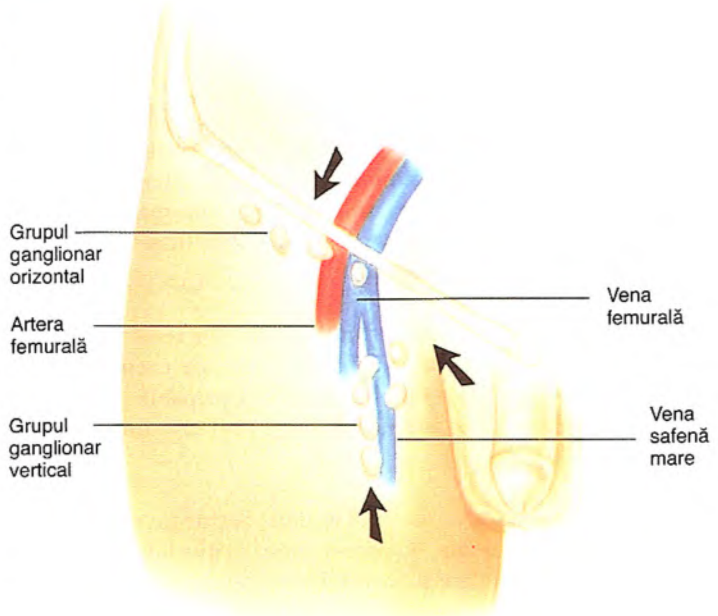
La examinarea fizică sunt accesibili numai ganglionii limfatici superficiali. Aceştia includ ganglionii cervicali (pag. 238), ganglionii axilari (pag. 391) şi ganglionii de la nivelul membrelor superioare şi inferioare.

Trebuie reamintit că ganglionii limfatici axilari asigură drenajul pentru cea mai mare parte a braţului. Vasele limfatice ale suprafeţei ulnare a antebraţului şi mâinii, degetelor mic şi inelar, şi ale suprafaţei adiacente a degetului mijlociu, drenează iniţial în *ganglionii epitrohleari*. Aceştia sunt situaţi pe faţa medială a braţului, la aproximativ 3 cm deasupra cotului. Vasele limfatice din restul braţului drenează predominant în ganglionii axilari. Câteva vase au traiect direct la ganglionii subclaviculari.



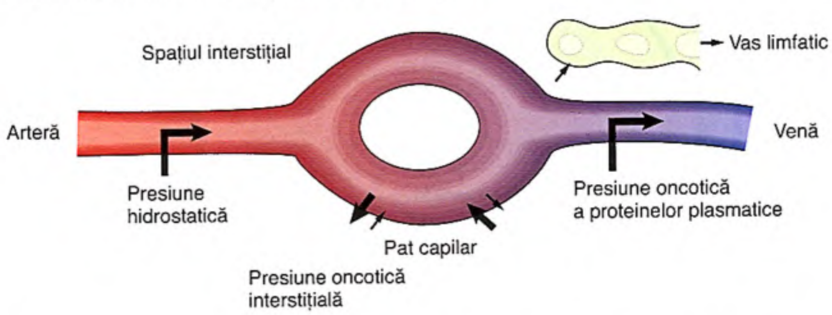
Vasele limfatice ale membrului inferior sunt organizate într-un sistem superficial şi unul profund, urmărind traiectoria venoasă. Numai limfoganglionii superficiali sunt palpabili. *Ganglionii inghinali superficiali* se împart în două grupuri. *Grupul orizontal* este constituit dintr-un lanţ de ganglioni aflaţi în partea antero-superioară a coapsei, sub ligamentul inghinal. Aceştia colectează limfa din porţiunile superficiale ale abdomenului inferior şi feselor, din organele genitale externe (cu excepţia testiculelor), canalul anal şi zona perianală, precum şi din partea inferioară a vaginului.

Grupul vertical se află în apropierea părţii superioare a venei safene şi drenează regiunea corespunzătoare a membrului inferior. În schimb, vasele limfatice din zona irigată de vena safenă mică (călcâiul şi marginea externă a piciorului) se varsă în sistemul limfatic profund la nivelul spaţiului popliteu. De aceea, leziunile din această zonă nu sunt de obicei asociate cu limfoganglioni inghinali palpabili.



SCHIMBUL DE FLUIDE ȘI REȚEAUA CAPILARĂ

Sângele circulă din artere în vene prin intermediul reţelei capilare. Aici, fluidele difuzează de-a lungul membranei capilare, menţinând un echilibru dinamic între spaţiul vascular şi cel interstiţial. Presiunea sanguină (*presiunea hidrostatică*) din interiorul patului capilar, mai ales de la nivelul terminaţiilor arteriolelor, forţează pasajul fluidului în spaţiul tisular. Această mişcare este favorizată de forţa de atracţie osmotică relativ slabă a proteinelor tisulare (*presiunea oncotică [coloid-osmotică] interstiţială*), în timp ce presiunea hidrostatică tisulară se opune acestei mişcări.



Pe măsură ce sângele înaintează spre capătul venos al patului capilar, presiunea sa hidrostatică scade şi o altă forţă devine dominantă. Este vorba despre *presiunea coloid-osmotică (oncotică) a proteinelor plasmatice*, care atrage fluidul înapoi în arborele vascular. Fluxul net de fluid, care la capătul arteriolar al reţelei

capilare a trecut în exterior, se va întoarce în interiorul capilarelor prin capătul venos al acestora. Capilarele limfatice, care joacă şi ele un rol important în acest echilibru, preiau excesul de fluid (inclusiv proteine) din spaţiul interstiţial.

Acest echilibru poate fi perturbat fie prin disfuncţii limfatice, fie prin modificări ale forţelor hidrostatice sau osmotice. Cea mai frecventă manifestare clinică a dezechilibrului este creşterea cantităţii de lichid interstiţial, simptom denumit edem (vezi Planşa 12-5, Cauze periferice ale edemelor, pag. 499).

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Durere la nivelul braţelor sau membrelor inferioare
- Claudicaţie intermitentă
- Senzaţie de rece, amorţeală sau paloare în membrele inferioare; dispariţia pilozităţii
- Edeme la nivelul gambelor, membrelor inferioare sau piciorului
- Modificări de culoare ale vârfurilor degetelor de la mâini sau picioare la frig
- Tumefiere însoţită de eritem sau sensibilitate

În conformitate cu cele mai recente recomandări ale Societăţii Americane de Cardiologie (ACC) şi Asociaţiei Americane de Cardiologie (AHA), *boala vasculară periferică* (BVP) se referă la afecţiuni stenotice, ocluzive şi anevrismale ale aortei, ramurilor ei viscerale şi ale arterelor din extremităţile inferioare, excluzând arterele coronare.[3] Trebuie subliniat că durerea din extremităţi poate proveni de la nivelul tegumentului, sistemului vascular periferic, sistemului musculo-scheletic sau sistemului nervos. De asemenea, această durere poate fi iradiată, de exemplu durerea din infarctul de miocard care iradiază în braţul stâng.

Vezi Planşa 12-1, Tulburări vasculare periferice dureroase şi afecţiuni imitatoare, pag. 494-495.

Întrebaţi despre orice durere sau crampă apărută la nivelul membrului inferior în timpul efortului fizic şi care dispare în repaus după 10 minute, simptom denumit *claudicaţie intermitentă*.

Ateroscleroza poate produce ischemie simptomatică la efort a membrelor inferioare; trebuie deosebită de *stenoza spinală* care produce durere în membrul inferior la efort, ameliorată prin înclinarea anterioară a trunchiului (întinderea măduvei spinării în canalul vertebral îngustat) şi mai puţin atenuată prin repaus.

De asemenea întrebaţi pacientul dacă a observat *senzaţie de rece, amorţeală* sau *paloare* la nivelul membrelor inferioare sau *piciorului*, sau *dispariţia pilozităţii* de pe suprafeţele tibiale anterioare.

Dispariţia pilozităţii la nivelul regiunii tibiale anterioare este cauzată de scăderea perfuziei arteriale regionale. Pot apărea ulceraţii "uscate" sau negre-maronii secundare *cangrenei.*

Deoarece majoritatea pacienţilor cu BVP raportează simptome minimale, adresaţi întrebări specifice despre simptomele de mai jos, mai ales la pacienţii de peste 50 de ani sau cei cu factori de risc: persoanele fumătoare, dar şi cele cu diabet, hipertensiune, nivel crescut al colesterolului sau boală coronariană

Doar 10% din pacienţi prezintă triada clasică de claudicaţie intermitentă la efort care se remite în repaus.[1] Incidenţa scăzută a

(vezi pag. 342).[3] Când sunt prezente simptomele sau factorii de risc de mai jos, se justifică examinarea atentă şi determinarea indicelui gleznă-braţ (vezi pag. 479 şi pag. 496).

simptomelor poate reflecta declinul funcţional al mersului, chiar dacă BVP este prezentă sau în evoluţie.[7]

- Oboseală, înţepături, amorţeală, sau durere la nivelul membrelor inferioare, care limitează mersul sau efortul fizic; dacă există, identificaţi localizarea. Întrebaţi de asemenea despre existenţa disfuncţiei erectile.

Localizarea simptomelor poate sugera zona unde se află ischemia arterială:

- Fesă, coapsă: aorta sau artera iliacă
- Disfuncţie erectilă: artera iliacă sau artera ruşinoasă
- Coapsă: artera femurală comună, artera iliacă sau aorta
- Gambă superioară: artera femurală superficială
- Gambă inferioară: artera poplitee
- Picior: artera tibială sau artera fibulară

- Vindecarea incompletă sau absenţa vindecării plăgilor de la nivelul membrelor inferioare sau piciorului.
- Orice durere la nivelul treimii inferioare a membrelor inferioare sau al piciorului care apare în repaus şi se modifică în ortostatism sau în clinostatism.
- Durere abdominală după mese, asociată cu "teama de a se alimenta" şi pierdere în greutate.

Durerea abdominală, "teama de a se alimenta" şi scăderea ponderală sugerează ischemie intestinală la nivelul arterelor celiacă, mezenterică superioară sau mezenterică inferioară.

- Existenţa oricăror rude de gradul întâi cu anevrism aortic abdominal.

Prevalenţa anevrismelor aortice abdominale la rudele de gradul I este de 15-28%.[3]

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Screening pentru boala vasculară periferică (BVP); indicele gleznă-braţ (ABI)
- Screening pentru boala vasculară renală
- Screening pentru anevrismele aortice abdominale

Screening pentru boala vasculară periferică (BVP). Indicele gleznă-braţ (ABI [ankle-brachial index]). BVP este o manifestare frecventă a aterosclerozei şi afectează 12-29% din populaţiile care trăiesc în comunităţi.[1,8]

Prevalenţa bolii creşte odată cu vârsta şi cu prezenţa factorilor de risc cardiovasculari. În raport cu grupele de vârstă, prevalenţa creşte de la 2,5% la pacienţii de peste 60 ani, la 8% la cei cu vârste între 60-69 ani, şi ajunge la 19% pentru pacienţii ≥70 ani.[9] La 16% dintre cei afectaţi, BVP se suprapune cu alte boli cardiovasculare.[1] În ciuda prevalenţei ridicate, BVP este subdiagnosticată în cadrul vizitelor de rutină.[1,3,10] Deşi Centrul de Medicină Preventivă din SUA nu impune screeningul acestei afecţiuni, recomandările Societăţii Americane de Cardiologie (ACC) şi Asociaţiei Americane de Cardiologie (AHA) susţin „depistarea cazurilor" la pacienţii cu risc, conform celor de mai jos.[3]

FACTORI DE RISC PENTRU BOALA VASCULARĂ PERIFERICĂ A EXTREMITĂŢILOR INFERIOARE

- Vârstă mai mică de 50 de ani şi diabet sau factori de risc pentru ateroscleroză precum fumat, dislipidemie, hipertensiune sau hiperhomocisteinemie
- Vârstă cuprinsă între 50 şi 69 de ani şi istoric de fumător sau diabet
- Vârstă mai mare de 70 de ani
- Durere în membrele inferioare la efort sau durere ischemică în repaus
- Puls anormal la extremităţile inferioare
- Ateroscleroză cunoscută a arterelor coronare, carotide sau renale

(Sursă: Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzer NR, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease.)

Trebuie să deprindeţi modul de evaluare a BVP prin determinarea indicelui gleznă-braţ (ABI). ABI este sigur, reproductibil şi uşor de realizat în cabinet, având o sensibilitate de 90% şi o specificitate de 95%.[10] Medicii şi personalul sanitar pot măsura prompt presiunea sanguină sistolică la nivelul braţelor şi picioarelor utilizând sonografia Doppler. Valorile obţinute pot fi introduse în sisteme de calculare disponibile la anumite pagini de internet (vezi American College of Physicians, la http://cpsc.acponline.org/enhancements/232abiCalc.html).

Vezi Planşa 12-2, Utilizarea indicelui gleznă-braţ, pag.496.

Există o gamă largă de metode pentru a întârzia atât debutul cât şi evoluţia BVP, printre care: îngrijirea meticuloasă a picioarelor, purtarea unor pantofi potriviţi, renunţarea la fumat, tratarea dislipidemiei, controlul optim şi tratarea diabetului şi hipertensiunii, utilizarea agenţilor antiplachetari, exerciţiile fizice treptate, şi, dacă este necesară, revascularizarea chirurgicală.[11] Pacienţii a căror valoare ABI este situată în cea mai joasă categorie au un risc de mortalitate anuală de 20-25% .[1]

Screening pentru boala vasculară renală. Ateroscleroza arterelor renale afectează 7% din adulţii cu vârstă peste 65 de ani, procent care creşte la 22-55% din cei cu BVP şi la 30% din pacienţii cu boală coronariană cunoscută.[3,12] Societatea Americană de Cardiologie (ACC) şi Asociaţia Americană de Cardiologie (AHA) recomandă efectuarea testelor diagnostice pentru arteriopatia renală, care de obicei încep cu ultrasonografia, la pacienţii care au următoarele afecţiuni: hipertensiune cu debut la vârste sub 30 de ani; hipertensiune severă după 55 de ani (vezi pag.118); hipertensiune accelerată, rezistentă la tratament sau malignă; disfuncţie renală de dată recentă sau apărută

după utilizarea unui inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei sau a unui antagonist al receptorilor pentru angiotensină; rinichi mic de cauză necunoscută; sau apariţia subită şi inexplicabilă a unui edem pulmonar, mai ales pe fondul unei disfuncţii renale.[3] Simptomele sunt cauzate în special de aceste afecţiuni, mai degrabă decât de modificările aterosclerotice ale arterei renale.

Screening pentru anevrismul aortic abdominal. Descoperirile recente certifică beneficiul depistării precoce a anevrismului aortei abdominale (AAA), acesta reprezentând a 14-a cauză principală de mortalitate în Statele Unite.[13] Un anevrism aortic abdominal este prezent atunci când diametrul aortei infrarenale depăşeşte 3 cm. Şansele de ruptură şi mortalitatea cresc dramatic pentru anevrismele care depăşesc 5,5 cm în diametru. Cel mai important factor de risc pentu ruptură este diametrul excesiv al aortei. Factori de risc adiţionali sunt fumatul, vârsta peste 65 de ani, istoricul familial, boala coronariană, BVP, hipertensiunea arterială şi nivelul ridicat de colesterol. Deoarece simptomatologia este săracă şi s-a demonstrat că depistarea bolii reduce mortalitatea cu 40%, Centrul de Medicină Preventivă din SUA recomandă efectuarea unui screening ecografic pentru bărbaţii între 65-75 de ani cu un istoric de "vreodată fumători", definit prin mai mult de 100 ţigări fumate pe durata vieţii.[14] Din cauza prevalenţei scăzute, datele privind beneficiul testării nefumătorilor şi femeilor sunt neconcludente. În cazul unui individ asimptomatic, ecografia are o sensibilitate de 95% şi o specificitate de aproape 100% pentru depistarea AAA.

TEHNICI DE EXAMINARE

Arii importante de examinare

MEMBRE SUPERIOARE	MEMBRE INFERIOARE
• Dimensiuni, simetrie, culoarea tegumentului • Pulsul la artera radială şi brahială • Ganglionii limfatici epitrohleari	• Dimensiuni, simetrie, culoarea tegumentului • Pulsul la artera femurală şi ganglionii limfatici inghinali • Pulsul la artera poplitee, dorsală a piciorului şi tibială posterioară • Edeme periferice

Societatea Americană de Cardiologie (ACC) şi Asociaţia Americană de Cardiologie (AHA) recomandă medicilor să examineze mult mai atent sistemul vascular periferic.[3] Reţineţi faptul că boala vasculară periferică este deseori asimptomatică sau subdiagnosticată, ceea ce contribuie la un grad înalt de morbiditate şi mortalitate. În timp ce învăţaţi şi practicaţi tehnicile de examinare a sistemului circulator, ţineţi cont de recomandările din 2005 privitoare la examinarea sistemului arterial periferic. Recapitulaţi tehnicile pentru determinarea tensiunii arteriale, examinarea arterelor carotide, aortei, arterelor femurale şi renale prin consultarea paginilor indicate mai jos.

Rezumat: elemente cheie ale examinării sistemului arterial periferic

- Măsuraţi tensiunea arterială în ambele braţe (vezi Cap. 4, pag. 116-117).
- Palpaţi pulsul carotidian, auscultaţi pentru a depista eventuale sufluri (vezi Cap. 9, pag. 353).
- Auscultaţi pentru a depista eventuale sufluri aortice, renale şi femurale; palpaţi aorta şi determinaţi diametrul maxim (vezi Cap. 11, pag. 436-437).
- Palpaţi arterele brahială, radială, ulnară, femurală, poplitee, dorsală a piciorului şi posterioară.
- Inspectaţi gleznele şi picioarele pentru a evalua culoarea şi integritatea tegumentului, temperatura locală; observaţi orice ulceraţie, dispariţia pilozităţii locale, modificări trofice epidermice, hipertrofia unghiilor.

(Sursă: Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzer NR, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease.)

Valori asimetrice ale presiunii sanguine sunt observate în *coarctaţia de aortă* şi în *anevrismul disecant de aortă*

MEMBRELE SUPERIOARE

Inspectaţi ambele membre superioare, de la vârful degetelor până la umeri. Observaţi:

- Dimensiunea, simetria, orice tumefacţie a acestora.

Limfedemul braţului şi mâinii poate fi cauzat de disecţia ganglionilor axilari sau de radioterapie.

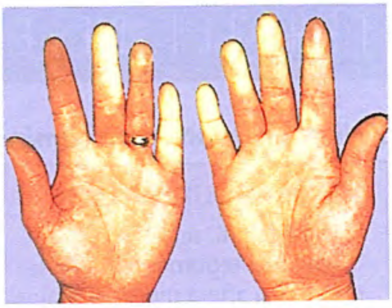
- Reţeaua venoasă

Venele proeminente la nivelul unui braţ edematos sugerează obstrucţie venoasă.

- Culoarea tegumentului şi a patului unghial, precum şi textura tegumentului.

Palpați pulsul la nivelul arterei radiale cu vârfurile degetelor plasate pe marginea medială a mușchiului flexor radial al carpului. Flectarea parțială a încheieturii pacientului vă ajută să simțiți acest puls. Comparați pulsul din ambele brațe.





(Sursă: Marks R: Skin Disease in Old Age. Philadelphia, JB Lippincott, 1987)

În *sindromul Raynaud,* pulsul la nivelul regiunii carpiene este în general normal, dar spasmele arterelor distale determină episoade de paloare clar delimitată a degetelor (vezi Planșa 12-1, Tulburări vasculare periferice dureroase și afecțiuni imitatoare, pag. 494-495).

Există mai multe sisteme pentru a evalua amplitudinea pulsurilor arteriale. Unul dintre ele utilizează o scală de la 0 la 3, după cum se observă în continuare.[3] Trebuie să verificați ce scală folosește instituția în care lucrați.

Rețineți că, dacă o arteră este mult dilatată, aceasta prezintă un *anevrism.*

Stadializarea recomandată a pulsurilor[3]

3+	Săltăreț
2+	Energic, normal
1+	Diminuat, mai slab decât normal
0	Absent, nu se simte la palpare

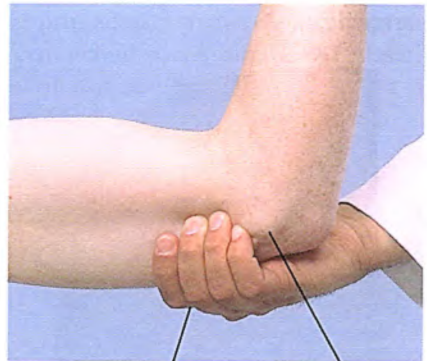
Pulsul săltăreț la nivelul arterelor carotide, radiale și femurale apare în *insuficiența aortică;* în *ocluzia arterială* cauzată de ateroscleroză sau embolism pulsul este diminuat și asimetric

Dacă suspectați o insuficiență arterială, palpați *pulsul la nivelul arterei brahiale.* Flexați ușor cotul pacientului și palpați artera imediat medial de tendonul mușchiului biceps, la plica antecubitală. Artera brahială poate fi simțită și mai sus la nivelul brațului, în șanțul dintre mușchii biceps și triceps.



Palpaţi unul sau mai mulţi *limfoganglioni epitrohleari*. Flexaţi cotul pacientului la 90°, susţinându-i antebraţul cu mâna, şi căutaţi pe faţa medială a braţului, în şanţul dintre muşchii biceps şi triceps brahial, la aproximativ 3 cm deasupra epicondilului medial. Dacă simţiţi un ganglion, notaţi mărimea, consistenţa şi sensibilitatea acestuia.

La pacienţii sănătoşi, ganglionii epitrohleari sunt greu sau aproape imposibil de identificat.



FAŢA MEDIALĂ A BRAŢULUI STÂNG

Un ganglion epitrohlear mărit poate fi consecinţa unei infecţii locale sau distale, sau se poate asocia cu o limfadenopatie generalizată.

MEMBRELE INFERIOARE

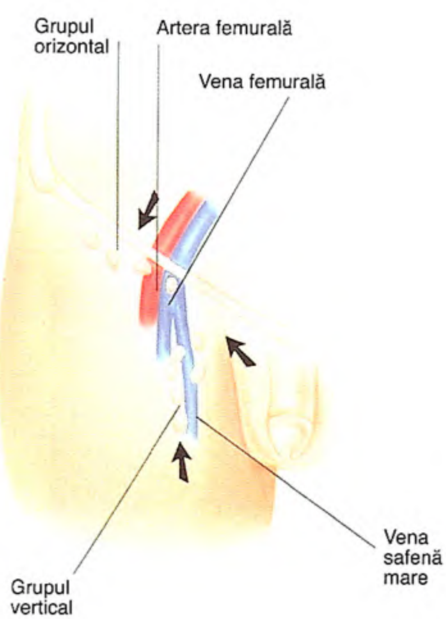
Pacientul trebuie să fie aşezat în decubit dorsal şi acoperit la nivelul organelor genitale externe, dar cu membrele inferioare complet expuse. Pentru o examinare bună îndepărtaţi şosetele sau ciorapii.

Inspectaţi ambele membre inferioare de la şanţul inghinal şi fese până la plante. Observaţi:

- Mărimea, simetria şi orice tumefacţie
- Reţeaua venoasă şi orice dilataţie venoasă
- Orice pigmentare, erupţie, cicatrici sau ulceraţii
- Culoarea şi textura tegumentului, culoarea patului unghial, distribuţia pilozităţii în regiunea inferioară a membrelor, picioare şi degete.

Vezi Planşa 12-3 Insuficienţa arterială şi venoasă cronică (pag. 497).

Vezi Planşa 12-4 Ulceraţii frecvente ale gleznelor şi picioarelor (pag. 498).



Palpaţi *ganglionii inghinali superficiali*, atât grupul orizontal cât şi cel vertical. Observaţi mărimea şi consistenţa acestora, precum şi orice semn de sensibilitate. La pacienţii sănătoşi, limfoganglionii inghinali sunt palpabili, nedureroşi, discreţi, cu un diametru de 1-2 cm.

Limfadenopatia reprezintă mărirea de volum a ganglionilor limfatici, însoţită sau nu de sensibilitate. Încercaţi să diferenţiaţi limfadenopatia locală de cea generalizată, fie prin găsirea (1) unei leziuni cauzatoare în aria de drenaj, sau (2) limfoganglioni măriţi de volum în cel puţin două alte zone ganglionare neadiacente.

Palpaţi pulsul pentru a evalua circulaţia arterială.

- *Pulsul la nivelul arterei femurale.* Apăsaţi profund, sub ligamentul inghinal, la jumătatea distanţei dintre spina iliacă antero-superioară şi simfiza pubiană. Ca şi în palparea abdominală profundă, utilizarea ambelor mâini, una deasupra celeilalte, poate facilita palparea, mai ales la pacienţii obezi.



Un puls diminuat sau absent sugerează o ocluzie proximală parţială sau completă; de exemplu la nivel aortic sau iliac, toate pulsurile distal de ocluzie sunt afectate. Ocluzia arterială cronică, de obicei în cadrul aterosclerozei, produce *claudicaţie intermitentă* (pag. 494), modificări de culoare legate de postură (pag. 490) şi modificări trofice cutanate (pag. 490).

Un puls femural exagerat şi amplu sugerează un *anevrism femural*, o dilatare patologică a arterei femurale.

- *Pulsul la nivelul arterei poplitee.* Genunchiul pacientului trebuie să fie în uşoară flexie, iar piciorul relaxat. Plasaţi vârfurile degetelor ambelor mâini astfel încât să se întâlnească pe linia mediană posterior de genunchi şi apăsaţi adânc în fosa poplitee. Pulsul arterei poplitee este deseori mai dificil de găsit decât alte pulsuri, deoarece este mai profund şi se simte mai difuz.

Un puls popliteu exagerat şi amplu poate sugera un anevrism al arterei poplitee. Anevrismele arterelor poplitee şi femurale sunt rare. De obicei sunt cauzate de ateroscleroză şi apar la bărbaţii cu vârsta peste 50 de ani.



Dacă nu puteţi simţi pulsul popliteeal prin această manevră, încercaţi cu pacientul în decubit ventral. Flexaţi genunchiul pacientului la 90°, lăsaţi gamba inferioară să se relaxeze pe umărul sau pe braţul dumneavoastră şi apăsaţi ambele police profund în fosa poplitee.

Ateroscleroza (aterioslerosis obliterans) determină cel mai frecvent obstrucţia circulaţiei arteriale a coapsei. Pulsul la nivelul arterei femurale este normal, iar cel al arterei poplitee diminuat sau absent.





- *Pulsul arterei dorsale a piciorului.* Palpaţi faţa dorsală a piciorului (nu glezna) imediat lateral de tendonul muşchiului extensor al halucelui. Dacă nu puteţi simţi pulsul, încercaţi mai lateral.



Artera dorsală a piciorului poate fi absentă congenital sau se poate ramifica mai sus la nivelul gleznei. Căutaţi pulsul mai lateral.

Un puls scăzut sau absent în artera dorsală a piciorului (într-un mediu cald) însoţit de un puls normal în arterele femurală şi poplitee sugerează ocluzie la nivelul arterei poplitee inferioare sau a ramurilor sale - afecţiune des întâlnită în *diabetul zaharat.*

- *Pulsul arterei tibiale posterioare.* Îndoiţi degetele posterior şi uşor inferior de maleola medială a gleznei. (Acest puls poate fi dificil de perceput în cazul unei glezne edematoase sau cu ţesut adipos în exces).



Ocluzia arterială subită din embolism sau tromboză produce durere şi senzaţie de amorţeală sau furnicături. Distal de ocluzie membrul devine rece, palid şi fără puls. Este necesar tratament de urgenţă. Dacă circulaţia colaterală este bună, atunci manifestările se pot reduce numai la senzaţie de amorţeală şi tegumente reci.

SFATURI PENTRU PALPAREA PULSURILOR DIFICILE

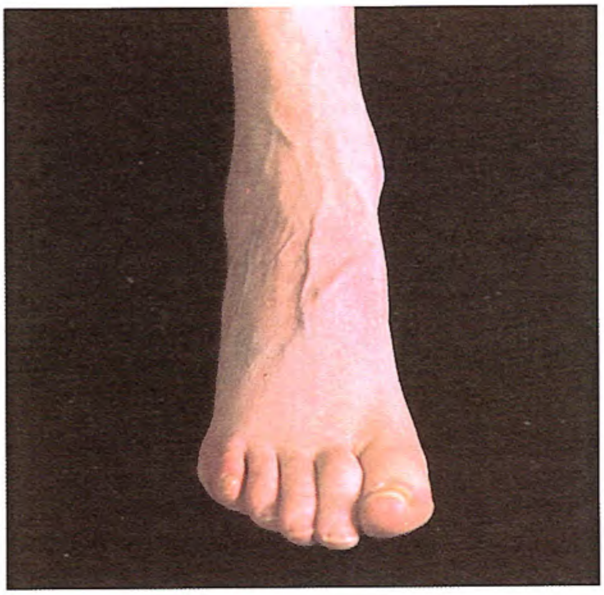
1. Aşezaţi-vă corpul şi mâna examinatoare confortabil; poziţiile incomode vă vor scădea sensibilitatea tactilă.
2. Aşezaţi-vă mâna în aria corespunzătoare şi zăboviţi acolo, variind presiunea degetelor pentru a simţi un puls slab. Dacă nu reuşiţi, exploraţi aria cu atenţie.
3. Nu confundaţi pulsul pacientului cu pulsaţiile din propriile dumneavoastră degete. Dacă nu sunteţi sigur, măsuraţi-vă propriul puls şi comparaţi-l cu cel al pacientului. Valorile sunt de obicei diferite. Pentru această comparaţie folosiţi pulsul carotidian.

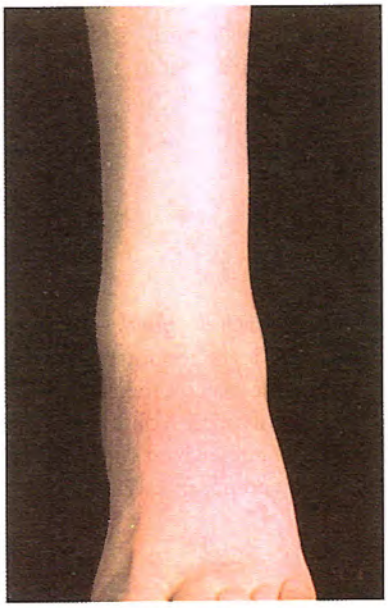
Măsuraţi temperatura picioarelor şi membrelor inferioare cu partea dorsală a degetelor. Comparaţi ambele părţi. Tegumentele reci bilaterale sunt de obicei consecinţa unei temperaturi scăzute a mediului înconjurător sau a anxietăţii.

Temperatura scăzută a membrelor, mai ales când este unilaterală sau asociată cu alte semne, sugerează insuficienţă circulatorie arterială.

Căutaţi eventuale edeme. Comparaţi un picior cu celălalt, inclusiv gambele, observând mărimea lor relativă şi proeminenţa venelor, tendoanelor şi oaselor.

Edemele determină tumefiere care poate masca venele, tendoanele şi proeminenţele osoase.

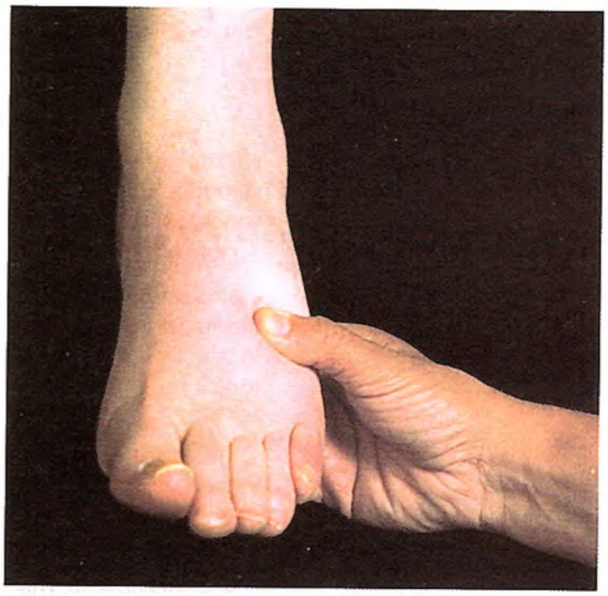




Descoperirea edemelor cu godeu. Presaţi ferm dar delicat, cu policele, timp de cel puţin 5 secunde (1) pe faţa dorsală a fiecărui picior, (2) în spatele fiecărei maleole mediale şi (3) pe faţa anterioară a tibiei, bilateral. Căutaţi existenţa *godeului* - o depresiune produsă de presiunea exercitată de police. În mod normal nu există godeu. Severitatea edemelor se măsoară după o scală cu patru niveluri, de la uşor la foarte sever.

Vezi Planşa 12-5, Cauze periferice ale edemelor (pag. 499)

În imaginea de mai jos este prezentat un edem cu godeu de grad 3+.





Dacă suspectaţi edeme, *măsuraţi membrele inferioare* pentru a identifica şi determina evoluţia edemelor. Cu o riglă flexibilă se vor măsura: (1) metatarsul, (2) cea mai mică circumferinţă de deasupra gleznei, (3) cea mai mare circumferinţă a gambei şi (4) circumferinţa la jumătatea coapsei, măsurată deasupra patelei, cu genunchiul întins. Comparaţi piciorul stâng cu cel drept. O diferenţă mai mare de 1 cm imediat deasupra gleznei sau de 2 cm la nivelul gambei este anormală pentru un om sănătos şi sugerează prezenţa edemului.

Alte afecţiuni, precum atrofia musculară, pot produce diferenţe în circumferinţa picioarelor.

Dacă există edeme, căutaţi cauzele posibile la nivelul sistemului vascular periferic. Acestea pot fi: (1) tromboza venoasă profundă recentă, (2) insuficienţa venoasă cronică datorată unei tromboze venoase în antecedente sau incompetenţei valvelor venoase şi (3) limfedemul. Observaţi gradul de tumefiere. Cât de mult se extinde edemul în sens ascendent?

În *tromboza venoasă profundă*, extinderea edemelor sugerează localizarea ocluziei: la nivelul venei poplitee când edemul afectează numai partea inferioară a piciorului şi glezna; la nivelul venelor iliofemurale când edemul afectează întregul membru inferior.

Edemul este unilateral sau bilateral? Venele sunt neobişnuit de proeminente?

Distensia venoasă sugerează o cauză venoasă a edemului.

Încercaţi să identificaţi orice sensibilitate a venelor care poate însoţi tromboza venoasă profundă. Pentru a evalua sensibilitatea venei femurale, palpaţi regiunea inghinală medial faţă de locul de palpare a pulsului femural. Apoi palpaţi gamba, în timp ce piciorul pacientului este flexat la nivelul genunchiului şi relaxat. Cu vârfurile degetelor apăsaţi uşor muşchii gambei pe tibie şi căutaţi orice sensibilitate sau prezenţa unor cordoane. Tromboza venoasă profundă poate să nu prezinte semne detectabile, iar diagnosticul depinde adesea de un indice înalt de suspiciune clinică şi de alte investigaţii.

Un picior umflat, palid şi dureros, însoţit de sensibilitate în zona inghinală deasupra venei femurale, sugerează *tromboză ilio-femurală* profundă. Numai jumătate din pacienţii cu *tromboză venoasă profundă* a gambei prezintă sensibilitate şi cordoane situate profund în gambă. Sensibilitatea gambei este nespecifică şi poate apărea şi în absenţa trombozei.

Observaţi *culoarea tegumentului.*

- Există eritem local? Dacă da, notaţi temperatura locală şi încercaţi să simţiţi cordonul dur al venei trombozate din aria respectivă. Cel mai frecvent este implicată zona gambei.

Edemul localizat asociat cu eritem, căldură locală şi un cordon subcutanat sugerează *tromboflebită superficială.*

- Există arii cu pigmentare brună în apropierea gleznelor?

Pigmentarea brună sau ulceraţii localizate imediat deasupra maleolei indică *insuficienţă venoasă cronică.*

- Observaţi dacă există ulceraţii cutanate. Unde sunt localizate?

Tegumentul îngroşat şi dur sugerează limfedem şi insuficienţă venoasă avansată.

- Apreciaţi grosimea tegumentului.

Cereţi pacientului să stea în picioare şi *inspectaţi sistemul safen pentru depistarea varicozităţilor*. Ortostatismul permite zonelor dilatate ale venelor să se umple cu sânge şi să devină vizibile. Ele pot trece uşor neobservate dacă pacientul este în decubit dorsal. Palpaţi orice varicozitate şi remarcaţi orice semn de tromboflebită.

Venele varicoase sunt dilatate şi sinuoase. La palpare, pereţii pot fi îngroşaţi. Imaginea de la pag. 491 ilustrează un picior cu numeroase vene varicoase.

TEHNICI SPECIALE

Evaluarea vascularizaţiei arteriale a mâinii. Dacă suspectaţi o insuficienţă arterială a mâinii sau braţului, încercaţi să simţiti *pulsul la nivelul arterei ulnare*, precum şi la nivelul arterei radiale şi brahiale. Pentru artera ulnară, pulsul trebuie căutat prin palpare profundă pe marginea medială a muşchiului flexor ulnar al carpului. Flectarea parţială a încheieturii pacientului poate fi de ajutor. Totuşi, pulsul la nivelul unei artere ulnare normale poate fi insesizabil.



Boala arterială ocluzivă este mult mai rară la nivelul membrelor superioare decât al celor inferioare. Pulsul diminuat sau absent la nivelul articulaţiei carpului este sugestiv pentru ocluzia prin embolie acută şi pentru *boala Buerger*, numită şi *trombangeita obliterantă.*

Testul Allen oferă mai multe informaţii. Acest test este util pentru a verifica permeabilitatea arterei ulnare, înainte de efectuarea puncţiei arterei radiale pentru prelevarea probelor de sânge. Pacientul trebuie să se afle cu mâinile în poziţie relaxată şi palmele orientate în sus.

Rugaţi pacientul să ţină pumnul strâns, apoi comprimaţi ferm atât artera radială cât şi cea ulnară între police şi degete.



Apoi cereţi pacientului să deschidă pumnul şi să menţină mâna într-o poziţie relaxată şi uşor flexată. Palma este palidă.



Extinderea completă a mâinii poate cauza paloare şi un rezultat fals-pozitiv.

Încetaţi compresia de la nivelul arterei ulnare. Dacă artera ulnară este permeabilă, palma se va înroşi în 3 până la 5 secunde.

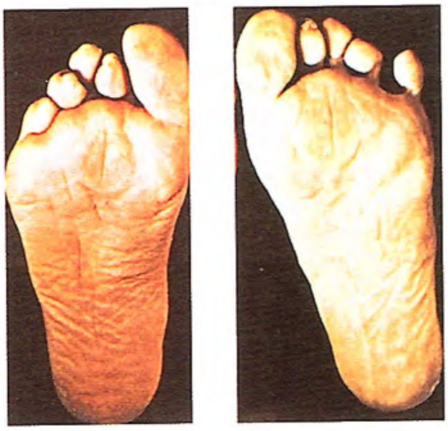


Persistenţa palorii poate indica ocluzia arterei ulnare sau a ramurilor sale distale.

Permeabilitatea arterei radiale poate fi testată prin încetarea compresiei arterei radiale şi menţinerea presiunii la nivelul arterei ulnare.



Modificări de culoare posturale în insuficienţa arterială cronică. Dacă durerea sau pulsul diminuat sugerează insuficienţă arterială, urmăriţi modificările de culoare posturale. Ridicaţi ambele picioare ale pacientului, ca în imaginea din dreapta, la aproximativ 60°, până când feţele plantare ale picioarelor ating un grad maxim de paloare, de obicei în circa un minut. La persoanele cu tenul de culoare deschisă menţinerea culorii normale, cum este în piciorul drept din imagine, sau o paloare uşoară este normală.



Paloare marcată la ridicarea picioarelor sugerează *insuficienţă arterială.*

Rugaţi apoi pacientul să stea în poziţie şezândă cu picioarele atârnate în jos. Comparaţi ambele membre în ceea ce priveşte timpul necesar pentru:

- Revenirea culorii normale roz a tegumentului, de obicei în mai puţin de 10 secunde
- Umplerea venelor picioarelor şi gleznelor, în mod normal în aproximativ 15 secunde



Piciorul drept din imagine are o culoare normală, iar venele au fost umplute. Aceste răspunsuri fiziologice sugerează o circulaţie adecvată.

Piciorul din imaginea de mai sus este încă palid, iar venele abia încep să se umple - semne de insuficienţă arterială.

Cercetaţi orice *rubor* neobişnuit (eritem) care înlocuieşte paloarea piciorului decliv. Poate trece un minut sau mai mult până la apariţia ruborului.

Eritemul persistent în poziţie declivă sugerează insuficienţă arterială (vezi pag. 498). În prezenţa insuficienţei venoase, eritemul în poziţie declivă, timpul necesar revenirii culorii şi timpul de umplere venoasă nu sunt teste sigure pentru insuficienţa arterială.

Răspunsurile normale însoţite de puls arterial diminuat sugerează faptul că în zona ocluziei arteriale s-a dezvoltat o circulaţie colaterală adecvată.

Modificările de culoare pot fi greu de observat la persoanele cu tenul închis. În acest caz inspectaţi feţele plantare ale picioarelor şi utilizaţi iluminarea tangenţială pentru a observa venele.

(Sursa fotografiilor: Kappert A, Winsor T: Diagnosis of Peripheral Vascular Disease. Philadelphia, FA Davis, 1972.)

Cartografierea venelor varicoase. Puteţi localiza traseul şi conexiunile venelor varicoase prin transmiterea undelor de presiune de-a lungul venelor umplute cu sânge. Cu pacientul aflat în ortostatism, plasaţi uşor degetele cu care palpaţi pe o venă, iar cu cealaltă mână aflată la un nivel inferior comprimaţi brusc vena. Simţiţi unda de presiune transmisă degetelor mâinii aflată deasupra. O undă de presiune palpabilă indică faptul că cele două părţi ale venei sunt conectate.

O unde de presiune se poate transmite şi în sens descendent, dar nu la fel de uşor.





Evaluarea competenţei valvelor venoase. Prin *testul umplerii retrograde (testul Trendelenburg)* puteţi evalua competenţa valvulară atât la nivelul venelor comunicante cât şi în sistemul safen. Începeţi cu pacientul în decubit dorsal. Ridicaţi un picior la aproximativ 90° pentru a-l goli de sângele venos.

Apoi, prin compresie manuală, blocaţi vena safenă mare la nivelul coapsei superioare, folosind suficientă presiune pentru a comprima această venă dar nu şi vasele mai profunde. Cereţi pacientului să se ridice în picioare. Menţineţi vena comprimată şi observaţi umplerea venoasă a piciorului. În mod normal, vena safenă se umple începând din partea inferioară, şi durează aproximativ 35 de secunde pentru ca sângele să treacă din reţeaua capilară în sistemul venos.

Umplerea rapidă a venelor superficiale când vena safenă este comprimată indică incompetenţa valvelor din venele comunicante. Sângele curge rapid în direcţie retrogradă, din venele profunde către sistemul safen.

După ce pacientul a stat în ortostatism 20 de secunde, încetaţi compresia şi observaţi umplerea adiţională subită a venelor. În mod normal ar trebui să fie absentă; valvele competente ale venei safene blochează fluxul retrograd. Umplerea venoasă lentă va continua.

Umplerea adiţională bruscă a venelor superficiale după eliberarea compresiei indică valve incompetente ale venei safene.

Când ambele etape ale acestui test sunt normale, rezultatul este denumit negativ-negativ. Pot apărea de asemenea rezultate de tip negativ-pozitiv sau pozitiv-negativ.

Când ambele etape sunt anormale, rezultatul testului este pozitiv-pozitiv.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea datelor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor. Pentru descrierea ganglionilor limfatici consultaţi Cap. 7, Capul şi gâtul (vezi pag. 245). De asemenea, evaluarea pulsului carotidian este prezentată în Cap. 9, Sistemul cardiovascular (vezi pag. 371).

Consemnarea examenului fizic - sistemul vascular periferic

„Extremităţile sunt calde şi fără edeme. Fără varicozităţi sau modificări de stază. Gambele sunt suple şi nedureroase. Nu există sufluri femurale sau abdominale. Pulsurile la nivelul arterelor brahiale, radiale, femurale, poplitee, arterei dorsale a piciorului (DP) şi arterei tibiale posterioare (TP) sunt simetrice, de gradul 2+."

SAU

"Extremităţile sunt palide inferior de regiunea mediană a gambei, cu dispariţia semnificativă a pilozităţii. În poziţie declivă a picioarelor se observă rubor, dar nu există edeme sau ulceraţii. Sufluri femurale bilaterale prezente; nu se percep sufluri abdominale. Pulsul la nivelul arterelor radială şi brahială este de grad 2+; la nivelul arterelor femurală, poplitee, DP şi TP este de grad 1+. (Ca alternativă, pulsurile pot fi înregistrate conform tabelului de mai jos.)

	Artera radială	Artera brahială	Artera femurală	Artera poplitee	Artera dorsală a piciorului	Artera tibială posterioară
Mb. inf. drept	2+	2+	1+	1+	1+	1+
Mb. inf. stâng	2+	2+	1+	1+	1+	1+

Sugerează *boală vasculară periferică* de natură aterosclerotică.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobsen D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA 286(11):1317–1324, 2001.
2. Bates SM, Ginsberg JS. Treatment of deep-vein thrombosis. N Engl J Med 351(3):268–277, 2004.
3. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzer NR, et al. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease). Available at: http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/113/11/e463. Accessed June 24, 2007.
4. Schoen FJ. Blood vessels. In Kumar VK, Fausto N, & Abbas AK (eds). Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th ed. Philadelphia, Elsevier, 2005.
5. Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. N Engl J Med 352(16):1685–1689, 2005.
6. Lam EY, Giswold ME, Moneta GL. Venous and lymphatic disease. In Brunicardi C, Anderson DA, Billiar TR, et al. (eds). Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York, McGraw Hill, 2005.
7. McDermott MM, Liu K, Greenland P, et al. Functional decline in peripheral arterial disease—associations with the ankle brachial index and leg symptoms. JAMA 292(4):453–461, 2004.
8. Newman AB. Peripheral arterial disease: insights from population studies of older adults. J Am Ger Soc 48(9):1157–1162, 2000.
9. Kanel WB. The demographics of claudication and the aging of the American population. Vasc Med 1:60–64, 1986.

10. Laine C, Goldman D, Wilson JF. In the clinic: peripheral arterial disease. Ann Intern Med 146(5):ITC 3–1, 2007.
11. McDermott MM, Liu K, Ferrucci, et al. Physical performance in peripheral arterial disease: a slower rate of decline in patients who walk more. Ann Intern Med 144(1):10–20, 2006.
12. Balk E, Raman G, Chung M, et al. Effectiveness of management strategies for renal artery stenosis: a systematic review. Ann Intern Med 145(12):901–912, 2006.
13. Kim LG, Scott AP, Ashton HA, et al. A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. Ann Intern Med 146(10):699–706, 2007.
14. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. Ann Intern Med 142(3):198–202, 2005.
15. Falagas ME, Paschalis IV. Narrative review: diseases that masquerade as infectious cellulitis. Ann Intern Med 142(1):47–55, 2005.
16. De Araujo T, Valencia I, Federman D, et al. Managing the patient with venous ulcers. Ann Intern Med 138(4):326–334, 2003.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Anand SS, Wells PS, Hunt D, et al. Does this patient have a deep vein thrombosis? JAMA 279(14):1094–1099, 1998.

Boulton AJM, Kirsner RS, Vileikyte L. Neuropathic diabetic foot ulcers. N Engl J Med 51(1):48–55, 2004.

Colman RW, Marder VJ, Clowes AW, et al., eds. Hemostasis and Thrombosis: Basic Principles and Clinical Practice, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Creager MA, Loscalzo J, Dzau VJ, eds. Vascular Medicine: A Companion to Braunwald's Heart Disease. Philadelphia: WB Saunders, 2006.

Douketis JD. Use of a clinical prediction score in patients with suspected deep venous thrombosis: two steps forward, one step back? Ann Intern Med 143(2):140–141, 2005.

Klein LW. Atherosclerosis regression, vascular remodeling, and plaque stabilization. J Am Coll Cardiol 49(2):271–273, 2007.

Qaseem A, Snow V, Barry P, et al. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. Ann Intern Med 146(6):454–458, 2007.

Tiwari A, Cheng KS, Button M, et al. Differential diagnosis, investigation, and current treatment of lower limb lymphedema. Arch Surg 138(2):152–161, 2003.

Wigley FM. Raynaud's phenomenon. N Engl J Med 347(13): 1001–1008, 2002.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

Tulburări vasculare periferice dureroase și afecțiuni imitatoare[3,16]

Afecțiune	Patogenie	Localizarea durerii
Afecțiuni arteriale		
Ateroscleroza (arteriosclerosis obliterans)		
• Claudicație intermitentă	Ischemie musculară episodică indusă de efort, cauzată de ateroscleroza arterelor mari sau medii.	De obicei mușchii gambei, dar și la nivelul feselor, șoldurilor, coapselor sau picioarelor, în funcție de nivelul obstrucției.
• Durere în repaus	Ischemie, chiar și în repaus.	Durere distală, la nivelul degetelor sau regiunii distale a piciorului
Ocluzia arterială acută	Embolism sau tromboză, posibil apărute pe fondul unei ateroscleroze obliterante	Durere distală, de obicei la nivelul piciorului și gambei.
Sindromul și fenomenul Raynaud	*Sindromul Raynaud:* spasme episodice ale arterelor mici și arteriorelor; fără ocluzie vasculară *Fenomenul Raynaud:* sindrom secundar altor afecțiuni precum colagenoze vasculare, ocluzie arterială, traumatisme.	În părțile distale ale unuia sau mai multor degete. Durerea nu este severă decât după apariția ulcerațiilor degetelor. Senzația de amorțeală și furnicăturile sunt comune.
Afecțiuni venoase		
Tromboflebita superficială	Formare de tromburi și inflamația acută a unei vene superficiale	Durere localizată de-a lungul unei vene superficiale, frecvent în sistemul safen
Tromboza venoasă profundă (TVP)	Formarea de tromburi într-o venă profundă	Dacă există, durere constrictivă, arzătoare, la nivelul gambei. Durerea poate lipsi.
Insuficiența venoasă cronică (profundă)	Congestie venoasă cronică, secundară ocluziei venoase sau incompetenței valvelor venoase	Durere difuză la nivelul piciorului (picioarelor)
Trombangeita obliterantă (boala Buerger)	Ocluzie inflamatorie și trombotică a arterelor mici și a venelor, apărută la fumători	• Claudicație intermitentă, mai ales la nivelul arcadei piciorului • Durere în repaus la nivelul degetelor de la mâini sau picioare
Sindromul de compartiment	Presiune provocată de un traumatism sau sângerare într-unul din cele patru compartimente musculare principale dintre genunchi și gleznă. Fiecare compartiment este delimitat de o fascie, și nu se poate mări pentru a elibera presiunea crescândă.	Durere constrictivă, arzătoare la nivelul mușchilor posteriori ai gambei, de obicei în compartimentul tibial anterior, uneori însoțită de eritem supraiacent.
Limfangita acută	Infecție bacteriană acută (de obicei streptococică) diseminată ascendent pe calea vaselor limfatice de la nivelul unui sediu de intrare cum ar fi o leziune sau o ulcerație	Un membru superior sau unul inferior
Afecțiuni imitatoare*		
Celulita acută	Infecție bacteriană acută a tegumentului și țesutului subcutanat	Membre superioare, inferioare, sau alte localizări
Eritemul nodos	Leziuni subcutanate bilaterale supradenivelate, sensibile, prezente în afecțiuni sistemice precum sarcoidoză, tuberculoză, infecții streptococice, boală intestinală inflamatorie, sau în sarcină	Fața anterioară a regiunii distale a ambelor membre inferioare

* Confundate de obicei cu tromboflebita acută superficială.

Durată	Factori de agravare	Factori de ameliorare	Manifestări asociate
Relativ scurtă; durerea obligă pacientul să se odihnească.	Exerciţiu fizic, de exemplu mersul	De obicei, repausul determină dispariţia durerii în 1-3 minute.	Oboseală, amorţeală locală, puls diminuat, frecvent semne de insuficienţă arterială (vezi pag. 498)
Persistentă, se agravează în timpul nopţii	Ridicarea picioarelor, de exemplu în pat	Poziţia şezândă, cu membrele inferioare în poziţie declivă	Senzaţie de amorţeală, furnicături, semne trofice şi modificări de culoare specifice insuficienţei arteriale (vezi pag. 498)
Debut brusc; simptome asociate pot apărea în absenţa durerii.			Tegumente reci, amorţeală, slăbiciune, puls distal absent.
Relativ scurtă (minute), dar recurentă	Expunerea la frig, emoţii	Mediu înconjurător cald	Modificări de culoare în zona distală a degetelor: paloare severă (esenţială pentru diagnostic) urmată de cianoză şi apoi eritem
Un episod acut durează câteva zile sau mai mult			Semne locale de eritem, edem, sensibilitate, un cordon palpabil, posibil febră
Greu de determinat din cauza absenţei simptomelor	Mersul	Ridicarea picioarelor	Posibil edem al piciorului şi gambei, sensibilitate locală a gambei. Antecedente de TVP.
Cronică, se intensifică pe parcursul zilei	Ortostatism prelungit	Ridicarea picioarelor	Edeme cronice, pigmentare, posibile ulceraţii (vezi pag. 498)
• Relativ scurtă, dar recurentă • Cronică, persistentă, se poate agrava în timpul nopţii	• Exerciţiul fizic	• Repausul • Renunţarea definitivă la fumat diminuează ambele tipuri de durere (dar pacienţii renunţă rar)	La nivel distal tegumente reci, transpiraţie, amorţeală şi cianoză; ulceraţii şi cangrenă la vârfurile degetelor de la mâini sau picioare; tromboflebită migratorie.
Câteva ore dacă sindromul este *acut* (presiunea trebuie redusă pentru a preveni necroza). Apare în timpul efortului fizic dacă sindromul este *cronic*.	*Acut:* steroizi anabolizanţi, complicaţii chirurgicale; traumatisme prin zdrobire *Cronic:* apare la efort	*Acut:* incizie chirurgicală pentru a elibera presiunea *Cronic:* evitarea efortului, gheaţă, ridicarea membrelor	Senzaţie de arsură şi înţepătură în gambă; senzaţie de presiune şi amorţeală musculară; paralizie dacă nu este eliberată presiunea.
Un episod acut durează câteva zile sau mai mult			Striaţii cutanate de culoare roşie, sensibilitate, ganglioni limfatici măriţi şi dureroşi, şi febră.
Un episod acut durează câteva zile sau mai mult			Arie localizată cu edem difuz, eritem şi sensibilitate, ganglioni limfatici măriţi şi dureroşi şi febră; fără cordoane palpabile
Durere asociată cu o serie de leziuni apărute de-a lungul mai multor săptămâni.			Leziunile apar grupate; frecvent asociază stare alterată, dureri articulare şi febră.

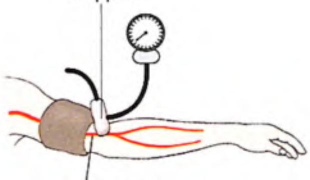
Utilizarea indicelui gleznă-braţ

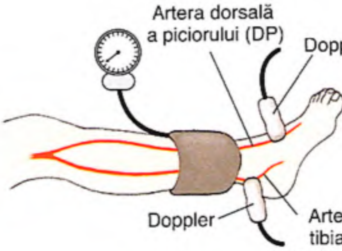
Instrucţiuni pentru determinarea indicelui gleznă-braţ (ABI)

1. Pacientul trebuie să stea relaxat în decubit dorsal, într-o încăpere caldă, timp de cel puţin 10 minute înainte de testare.
2. Plasaţi manşoanele tensiometrelor la ambele braţe şi glezne ca în figură, apoi aplicaţi gel pentru determinări ecografice pe arterele brahială, dorsală a piciorului şi tibială posterioară.
3. Măsuraţi presiunea sistolică la nivelul braţelor
   - Folosiţi aparatul Doppler pentru a localiza pulsul la nivelul arterei brahiale
   - Umflaţi manşonul cu 20 mm Hg peste valoarea ultimului puls perceptibil
   - Dezumflaţi manşonul lent şi înregistraţi presiunea la care pulsul începe să se audă
   - Obţineţi două măsurători la fiecare braţ şi notaţi valoarea medie ca fiind presiunea în artera brahială a braţului respectiv
4. Măsuraţi presiunea sistolică la nivelul gleznelor
   - Folosiţi aparatul Doppler pentru a localiza pulsul la nivelul arterei dorsale a piciorului
   - Umflaţi manşonul cu 20 mm Hg peste valoarea ultimului puls perceptibil
   - Dezumflaţi manşonul lent şi înregistraţi presiunea la care pulsul începe sa se audă
   - Obţineţi două măsurători la fiecare gleznă şi notaţi valoarea medie ca fiind presiunea în artera dorsală a piciorului respectiv
   - Repetaţi paşii de mai sus şi pentru arterele tibiale posterioare
5. Calculaţi ABI

$$\text{ABI dreapta} = \frac{\text{cea mai mare presiune medie a gleznei drepte (DP sau TP)}}{\text{cea mai mare presiune medie a braţului (drept sau stâng)}}$$

$$\text{ABI stânga} = \frac{\text{cea mai mare presiune medie a gleznei stângi (DP sau TP)}}{\text{cea mai mare presiune medie a braţului (drept sau stâng)}}$$





Loc	*Prima citire*	*A doua citire*	*Valoarea medie*	*Loc*	*Prima citire*	*A doua citire*	*Valoarea medie*
Artera brahială stângă				**Artera brahială dreaptă**			
Artera dorsală a piciorului stângă				**Artera dorsală a piciorului dreaptă**			
Artera tibială posterioară stângă				**Artera tibială posterioară dreaptă**			

Calculatorul indicelui gleznă-braţ

$$A - BI = S_A \div S_B$$

Introduceţi valorile presiunii sistolice la:

Gleznă: ☐ *mm/Hg*

Artera brahială: ☐ *mm/Hg*

Indicele gleznă-braţ: ☐

Interpretarea indicelui gleznă-braţ

>0,90 (cu un interval între 0,90 şi 1,30) = flux sanguin normal la nivelul extremităţilor inferioare
<0,89 şi >0,60 = BVP uşoară
<0,59 şi >0,40 = BVP moderată
<0,39 = BVP severă

(Sursă: *Ankle-Brachial Calculator* - American College of Physicians. Disponibil la: http// cpsc.acponline.org/enhancements/232abiCalc.html. Accesat pe 3 iulie 2007. Laine C, Goldman D, Wilson JF. In the clinic: peripheral arterial disease. Ann Int Med 146(5): ITC3-1, 2007.)

PLANŞA 12-3

Insuficienţa arterială şi venoasă cronică

Insuficienţa arterială cronică (avansată)	Insuficienţa venoasă cronică (avansată)
	

	Insuficienţa arterială cronică (avansată)	Insuficienţa venoasă cronică (avansată)
Durere	Claudicaţie intermitentă, care progresează până la durere în repaus	Deseori este prezentă durerea[16]
Mecanism	Ischemie tisulară	Hipertensiune venoasă
Puls	Diminuat sau absent	Normal, dar dificil de perceput din cauza edemelor
Culoare	Paloare, mai ales în poziţie ridicată; eritem întunecat în poziţie declivă	Normală, sau cianoză în poziţie declivă Peteşii urmate de pigmentare brună odată cu cronicizarea.
Temperatură	Scăzută	Normală
Edeme	Absente sau uşoare, pot apărea când pacientul încearcă să amelioreze durerea din repaus prin coborârea piciorului	Prezente, deseori marcate
Modificări tegumentare	Modificări trofice: tegument subţire, lucios, cu atrofie; dispariţia pilozităţii la nivelul picioarelor şi degetelor; unghii îngroşate şi crestate	Deseori pigmentare brună perimaleolară, dermatită de stază, posibilă îngroşare a tegumentului şi îngustarea piciorului pe măsură ce se formează cicatrici
Ulceraţii	Dacă sunt prezente, afectează degetele picioarelor sau zonele distale ale picioarelor supuse traumatismelor	Dacă sunt prezente, se dezvoltă perimaleolar, mai ales la nivelul maleolei mediale
Cangrenă	Poate apărea	Nu apare

(Sursa fotografiilor: *Arterial Insufficiency*—Kappert A, Winsor T. Diagnosis of Peripheral Vascular Disease. Philadelphia, FA Davis, 1972; *Venous Insufficiency*—Marks R: Skin Disease in Old Age. Philadelphia, JB Lippincott, 1987.)

Ulcerații frecvente ale gleznelor și picioarelor



Insuficienţa venoasă cronică

Această afecţiune apare de obicei la nivelul maleolei mediale şi uneori a celei laterale. Ulceraţia conţine granulaţii tisulare mici şi dureroase şi fibrină; necroza sau expunerea tendoanelor este rară. Marginile sunt neregulate, aplatizate sau uşor abrupte. Durerea afectează calitatea vieţii la aproximativ 75% din pacienţi. Manifestările asociate includ edeme, pigmentare roşiatică şi purpură, varicozităţi venoase, modificări eczematoase ale dermatitei de stază (eritem, cruste şi prurit) şi uneori cianoza piciorului când se află în poziţie declivă. Cangrena este rară.[16]



Insuficienţa arterială

Această patologie apare la nivelul picioarelor, degetelor sau ariilor supuse traumatismelor (e.g. gambele). Tegumentul înconjurător nu prezintă calusuri sau pigmentaţie excesivă, dar poate fi atrofic. Durerea este în general severă, cu excepţia cazului în care este mascată de o neuropatie. Se poate asocia cangrena, însoţită de puls diminuat, modificări trofice, paloare a piciorului în poziţie ridicată şi eritem întunecat în poziţie declivă.



Ulcerul neuropatic

Această afecţiune se dezvoltă în punctele de presiune ale ariilor cu sensibilitate diminuată; apare în neuropatia diabetică, boli neurologice şi boala Hansen. Tegumentul înconjurător prezintă calusuri. Nu există durere, şi de aceea ulceraţia poate trece neobservată. În cazurile necomplicate nu există nici cangrenă. Semne asociate sunt scăderea sensibilităţii şi absenţa reflexului achilean.

(Sursa fotografiilor: Marks R: Skin Disease in Old Age. Philadelphia, JB Lippincott, 1987.)

P L A N Ș A 12-5

Cauze periferice ale edemelor

Aproximativ o treime din cantitatea totală de apă din organism este extracelulară, adică situată în afara celulelor. Aproximativ 25% din fluidul extracelular este reprezentat de plasmă, iar restul este lichid interstițial. La capătul arteriolar al capilarelor, ***presiunea hidrostatică*** în vasele sanguine și ***presiunea oncotică*** din interstițiu determină deplasarea fluidului în țesuturi; la capătul venos al capilarelor și în vasele limfatice presiunea hidrostatică din interstițiu și presiunea oncotică a proteinelor plasmatice forțează fluidul să se întoarcă în compartimentul vascular. Afecțiunile severe distrug acest echilibru, rezultând ***edeme***, adică o acumulare evidentă clinic de lichid interstițial. Din prezentarea de mai jos lipsește ***sindromul de extravazare capilară***, în care proteinele difuzează în spațiul interstițial, și care apare în arsuri, angioedeme, mușcături de șarpe și reacții alergice.



Edemul cu godeu

Edemul este moale, bilateral, lasă godeu la exercitarea presiunii și este localizat pe fața anterioară a tibiei și la nivelul piciorului. Nu există îngroșare a tegumentului, ulcerații sau pigmentări. Edemul cu godeu poate fi consecința mai multor afecțiuni: ortostatismul prelungit sau poziție șezândă menținută îndelungat, în care picioarele sunt în poziție declivă, ceea ce duce la creșterea presiunii hidrostatice în vene și capilare; insuficiența cardiacă congestivă cu debit cardiac scăzut;
sindrom nefrotic, ciroză sau malnutriție, care duc la scăderea albuminei și a presiunii oncotice intravasculare; și utilizarea de droguri.



Insuficiența venoasă cronică

Edemul este moale, lasă godeu la exercitarea presiunii și ocazional este bilateral. Căutați semne de indurație și îngroșare tegumentară, mai ales în apropierea gleznei. Ulcerațiile, pigmentarea brună și edemele picioarelor sunt des întâlnite. Cauza este obstrucția cronică și incompetența funcțională a valvelor din sistemul venos.



Limfedemul

Edemul este moale în stadiile incipiente, apoi devine indurat, dur și nu lasă godeu. Tegumentul este semnificativ îngroșat; ulcerațiile sunt rare. Nu există pigmentare. Edemul este localizat la nivelul picioarelor și degetelor, adesea bilateral. Limfedemul se dezvoltă în urma ocluziei canalelor limfatice printr-un proces tumoral, fibroză sau inflamație, sau în cazul rezecției limfoganglionilor axilari urmată de radioterapie.

C A P I T O L U L

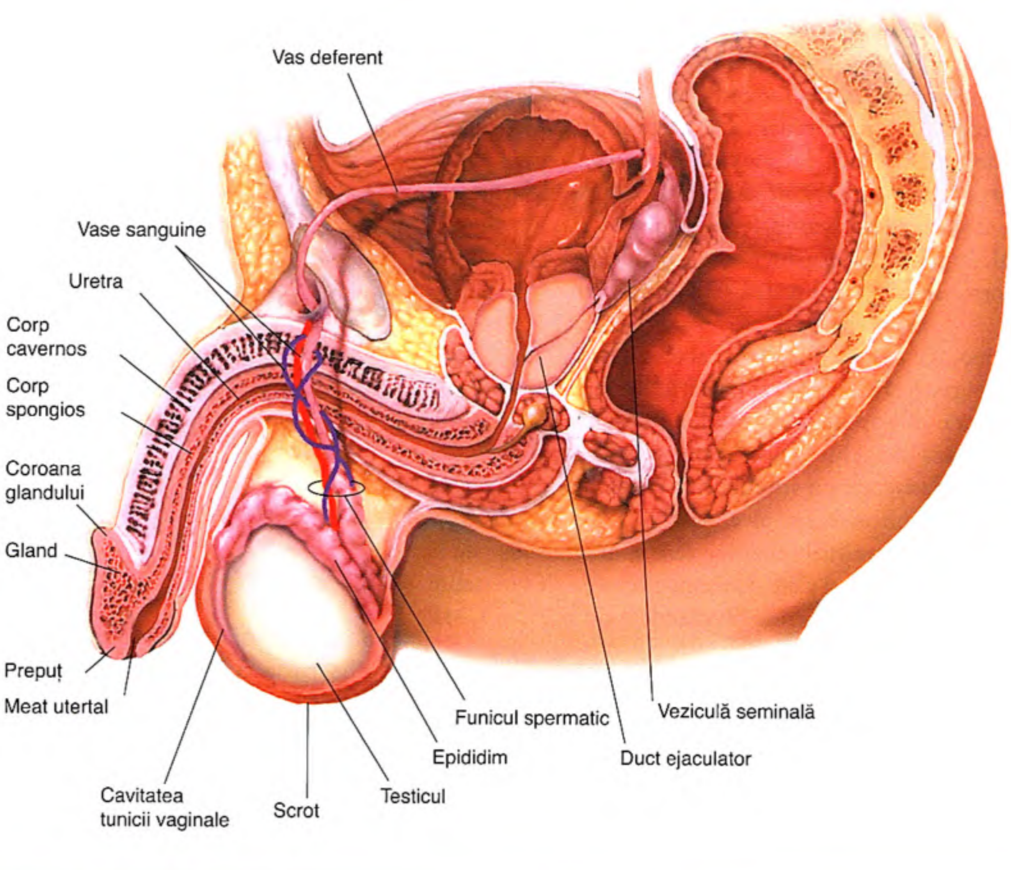
13

Aparatul genital masculin și herniile

ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

Anatomia aparatului genital masculin

Corpul penisului este format din trei coloane de țesut erectil vascular: *corpul spongios*, care conține uretra, și doi *corpi cavernoși*. Corpul spongios formează bulbul penisului, care se termină sub forma unui con, numit *gland*. Acesta are o baza proeminentă, numită *coroana* glandului. La bărbații necircumciși,



glandul este acoperit de un pliu al tegumentului ca un capișon cunoscut sub denumirea de *prepuț*, unde se colectează *smegma* sau secrețiile glandului. Uretra este localizată anterior în corpul penisului; la acest nivel se pot palpa uneori anomaliile uretrale. Uretra se deschide printr-o fantă verticală, *meatul uretral*, situat anterior la vârful glandului.

Testiculele sunt structuri ovoide, de consistență elastică, cu lungime de aproximativ 4,5 cm și dimensiune între 3,5-5,5 cm. Testiculul stâng este de obicei situat mai jos decât cel drept. Testiculele reprezintă sediul producerii de spermatozoizi și testosteron. În perioada pubertară testosteronul stimulează creșterea organelor genitale masculine, a prostatei și a veziculelor seminale. De asemenea, asigură dezvoltarea caracterelor sexuale secundare masculine: pilozitatea facială și corporală, dezvoltarea musculo-scheletică, și lărgirea laringelui asociată cu îngroșarea vocii.

Există mai multe structuri care înconjoară sau sunt anexate testiculelor. *Scrotul* este o structură saculară laxă, cu pliuri, împărțită în două compartimente, fiecare conținând câte un testicul. Cu excepția marginii posterioare, testiculele sunt acoperite de o membrană seroasă, *tunica vaginală*. Pe fața postero-laterală a fiecărui testicul se află o formațiune moale, în formă de virgulă, *epididimul*. Acesta este format din ducte spermatice spiralate, ce reprezintă un rezervor pentru stocarea, maturarea și transportul spermatozoizilor de la testicul la *ductul (vasul) deferent*.

În timpul ejaculării, *ductul deferent*, o structură tubulară, transportă spermatozoizii de la coada epididimului către uretră, pe un traiect relativ circular. De la nivelul sacului scrotal, *ductul* ascensionează către pelvis prin inelul inghinal extern (superficial), apoi încrucișează ureterul în traiectul său către prostată, posterior de vezică. Aici se unește cu *vezicula seminală* și formează *ductul ejaculator*, care traversează prostata și se deschide în uretră. Secrețiile *vaselor deferente*, ale veziculelor seminale, și ale prostatei contribuie la formarea lichidului seminal. În scrot, fiecare duct este însoțit de vase sanguine, nervi și fibre musculare. Aceste structuri formează *funiculul spermatic*.

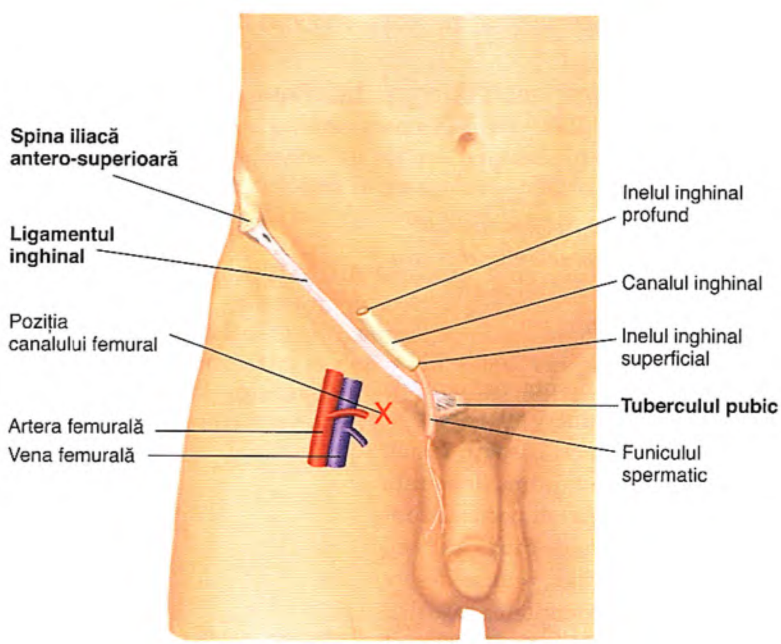
Funcția sexuală masculină depinde de nivelul normal al testosteronului, un flux arterial adecvat prin artera epigastrică inferioară și ramurile sale cremasteriene și pubiene, și de inervația intactă α–adrenergică și colinergică. Două tipuri de stimuli produc erecția prin staza sângelui venos în corpii cavernoși. Stimulii vizuali, auditivi sau erotici declanșează un impuls nervos simpatic care este transmis de la centrii nervoși superiori către nivelurile T11-L2 ale măduvei spinării. Stimularea tactilă inițiază impulsuri senzitive care sunt transmise de la organele genitale către arcul reflex S2-S4 și căile parasimpatice pe calea nervului rușinos. Se pare că ambele tipuri de stimuli cresc nivelul de oxid nitric și GMP ciclic, ceea ce produce vasodilatație.

Vascularizația limfatică. Limfaticele penisului și scrotului drenează în ganglionii inghinali. *Când descoperiți o leziune inflamatorie sau posibil malignă* într-una din aceste zone, trebuie să *evaluați foarte atent limfoganglionii inghinali* și să constatați dacă sunt măriți sau sensibili. Limfaticele testiculelor

drenează în abdomen, unde ganglionii măriţi nu pot fi descoperiţi clinic. Vezi pagina 476 pentru detalii despre ganglionii inghinali.

Anatomia regiunii inghinale. Deoarece herniile sunt relativ frecvente, este importantă înţelegerea anatomiei regiunii inghinale. Punctele de reper principale sunt spina iliacă antero-superioară, tuberculul pubic şi ligamentul inghinal care se întinde între ele. Localizaţi-le pe propriul corp sau al unui coleg.

Canalul inghinal, situat deasupra şi aproximativ paralel cu ligamentul inghinal, formează un tunel pentru ductul deferent în traiectul său prin muşchii abdominali. Orificiul extern al tunelului – *inelul inghinal superficial (extern)* – este o fantă cu formă triunghiulară, palpabilă anterior şi lateral de tuberculul pubic. Orificiul intern al canalului – *inelul inghinal profund (intern)* – este situat la aproximativ 1 cm deasupra mijlocului ligamentului inghinal. Nici canalul şi nici orificiul profund nu pot fi palpate prin peretele abdominal. Când ansele intestinale pătrund prin zone de slabă rezistenţă ale canalului inghinal, ele produc *herniile inghinale*, descrise la pag. 519.



Canalul femural reprezintă un alt traseu potenţial pentru masele care herniază. Acesta este situat sub ligamentul inghinal. Deşi nu este vizibil, poziţia sa poate fi estimată prin plasarea indexului drept, cu vârful în sus, pe artera femurală dreaptă. Degetul mijlociu va fi aşezat pe vena femurală, iar inelarul pe canalul femural. Herniile femurale se produc la acest nivel.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Preferinţele sexuale şi răspunsul sexual
- Secreţii sau leziuni ale penisului
- Durere scrotală, inflamaţie, sau leziuni

Preferinţele sexuale şi răspunsul sexual. Discuţia despre identitatea şi funcţia sexuală atinge un punct sensibil al vieţii pacienţilor voştri. Pentru a le uşura situaţia, folosiţi-vă de trucurile de mai jos.

RECOMANDĂRI PENTRU ANAMNEZA ASUPRA VIEŢII SEXUALE

- Explicaţi de ce faceţi anamneza vieţii sexuale.
- Arătaţi că sunteţi conştient de faptul că implică informaţii foarte personale; încurajaţi pacientul să fie direct şi sincer.
- Spuneţi-i că luaţi această anamneză tuturor pacienţilor.
- Asiguraţi pacientul de confidenţialitatea conversaţiei.

De exemplu, puteţi începe cu o frază generală de tipul:

> *„Pentru a vă asigura o îngrijire medicală adecvată trebuie să stabilesc istoricul vieţii dumneavoastră sexuale. Acesta mă ajută să identific eventuale riscuri pentru boli cu transmitere sexuală. Ştiu că este o discuţie delicată. Orice informaţie pe care mi-o furnizaţi este confidenţială şi va rămâne doar între noi."*

Continuaţi cu întrebări neutre, fără a judeca pacientul, despre preferinţele sexuale, cum ar fi: „Sunteţi implicat într-o relaţie?" sau „Spuneţi-mi mai multe despre preferinţele dumneavoastră sexuale. Preferaţi parteneri bărbaţi, femei, sau ambele sexe?". Aproximativ unul din zece pacienţi îşi va exprima preferinţa pentru parteneri de acelaşi sex, bisexuali sau transsexuali.[1] Aceşti pacienţi sunt jenaţi în timpul vizitelor la medic, din teama de a nu fi judecaţi de către clinician, din cauza altor afecţiuni psihice coexistente şi a informaţiilor reduse despre terapia hormonală, modificările chirurgicale şi tranziţiile în identitatea sexuală.[1]

Continuaţi cu întrebări despre funcţia sexuală. „Cum funcţionaţi din punct de vedere sexual?" „Caracterizaţi relaţia dumneavoastră actuală." „Sunteţi satisfăcut de relaţie şi de activitatea sexuală?" „Dar de performanţele dumneavoastră sexuale?" Dacă pacientul îşi manifestă îngrijorarea cu privire la relaţie şi viaţa sexuală, cercetaţi atât latura psihologică, cât şi pe cea fiziologică. Întrebaţi despre semnificaţia relaţiei în viaţa pacientului. De asemenea, obţineţi informaţii referitoare la modificări ale libidoului şi ale frecvenţei activităţii sexuale. Care este punctul de vedere al pacientului, ce reacţii a avut şi care îi sunt aşteptările?

Întrebările directe vă ajută să evaluaţi fiecare etapă a răspunsului sexual. Pentru a aprecia *libidoul* sau dorinţa, întrebaţi „V-aţi menţinut interesul pentru sex?" Pentru *faza de excitare* întrebaţi „Puteţi obţine şi menţine erecţia?" Cercetaţi momentul şi condiţiile de apariţie, severitatea şi alţi factori care pot contribui la apariţia disfuncţiei. A coincis debutul problemei cu schimbări în relaţia cu partenera sau în mediul de viaţă? Există momente în care erecţia este normală, de exemplu, când se trezeşte dimineaţa sau în timpul nopţii? Sau cu alte partenere, ori când se masturbează?

Lipsa libidoului poate avea cauze psihice, cum ar fi depresia, disfuncţiile endocrine sau reacţiile adverse medicamentoase.

Disfuncţia erectilă poate avea cauze psihogene, în special dacă erecţia matinală este prezentă; alte cauze pot fi nivelul scăzut al testosteronului, diminuarea fluxului arterial în sistemul hipogastric, sau leziuni nervoase.

Alte probleme se referă la momentul *orgasmului* şi *ejacularea* lichidului seminal. Dacă ejacularea este prematură, sau timpurie şi necontrolată, întrebaţi „Cât timp durează actul sexual?" „Ajungeţi la punctul culminant prea repede?" „Simţiţi că aveţi control asupra momentului în care ajungeţi la punctul culminant?" „Credeţi că partenerei dumneavoastră i-ar face plăcere ca actul sexual să dureze mai mult?" Dacă ejacularea este în cantitate mică sau absentă: „Consideraţi că nu puteţi avea orgasm, chiar dacă aveţi erecţie?" Încercaţi să aflaţi dacă problema vizează senzaţia plăcută a orgasmului, ejacularea lichidului seminal, sau ambele. Recapitulaţi frecvenţa şi momentul apariţiei episoadelor, medicaţia, intervenţiile chirurgicale, simptomele neurologice.

Ejacularea prematură este frecventă, mai ales la bărbaţii tineri. Ejacularea în cantitate redusă sau absenţa ei sunt mai rare şi afectează bărbaţii de vârstă mijlocie sau avansată. Cauze posibile sunt medicamentele, intervenţiile chirurgicale, deficitele neurologice, sau lipsa androgenilor. Absenţa orgasmului cu menţinerea ejaculării este de obicei de natură psihogenă.

Secreţii sau leziuni ale penisului. Pentru a evalua posibilitatea unei infecţii genitale în cadrul unei boli cu transmitere sexuală (BTS) întrebaţi dacă există vreo *secreţie la nivelul penisului*, sau pătarea lenjeriei. În cazul în care acestea există, evaluaţi cantitatea, culoarea şi consistenţa secreţiei, dacă se asociază cu febră, frison, erupţie cutanată sau alte simptome.

Secreţiile la nivelul penisului pot însoţi uretrita gonococică (de obicei secreţie galbenă) sau non-gonococică (secreţia poate fi incoloră sau albă).

Durere scrotală, inflamaţie sau leziuni. Interesaţi-vă de prezenţa unor *leziuni (ulceraţii) sau excrescenţe la nivelul penisului* şi *durere sau edem la nivelul scrotului.* Aflaţi dacă în antecedente au existat simptome la nivel genital sau infecţii cu virus herpetic, gonoree sau sifilis. Un pacient cu mai mulţi parteneri, homosexual, care foloseşte droguri ilicite, sau are antecedente de BTS, prezintă un risc mai mare pentru BTS ulterioare.

Vezi Planşa 13-1, Patologia penisului şi a scrotului (pag. 515), Planşa 13-2, Boli cu transmitere sexuală la nivelul aparatului genital masculin, (pag. 516), şi Planşa 13-3, Modificări patologice ale testiculelor (pag. 517). În afară de BTS, multe afecţiuni dermatologice se manifestă la nivelul organelor genitale; de asemenea, unele BTS pot avea simptome şi semne minime.

Deoarece BTS pot implica şi alte părţi ale corpului, deseori sunt indicate întrebări adiţionale. În introducere, ar putea fi utilă o explicaţie: „Bolile cu transmitere sexuală pot implica orice orificiu al corpului folosit în timpul actului sexual. Este important să-mi spuneţi ce orificii folosiţi." Mai departe, în funcţie de caz: „Practicaţi sexul oral? Sexul anal?" Dacă pacientul răspunde afirmativ, întrebaţi despre simptome cum ar fi odinofagia, diaree, rectoragie şi prurit sau durere anală.

Infecţiile cu transmitere oral–peniană includ gonoreea, chlamydia, sifilisul şi herpesul. După sexul anal poate apărea proctita simptomatică sau asimptomatică.

Este important să întrebaţi pacienţii asimptomatici sau fără factori de risc „V-aţi pus problema infectării cu HIV?" Aceasta are importanţă în screening. Apoi puteţi continua cu chestiuni mai generale, după cum s-a sugerat la paginile 82-83.

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Prevenirea BTS şi a HIV
- Auto-examinarea testiculelor

Prevenirea BTS şi a infecţiei cu HIV. Educaţia activă a medicilor, descoperirea în timpul anamnezei şi a examenului clinic şi tratamentul bolilor cu transmitere sexuală (BTS) şi HIV sunt aspecte foarte importante. Creşterea incidenţei BTS afectează sănătatea tuturor segmentelor populaţiei, dar în special adolescenţii şi adulţii tineri. Institutul de Medicină a arătat că rata BTS în SUA este cea mai mare faţă de restul ţărilor industrializate.[2] În 2005 Centrul pentru Controlul şi Prevenţia Bolilor (CDC) a estimat un număr de 19 milioane de noi infecţii BTS în fiecare an, iar aproape jumătate din acestea la grupa de vârstă cuprinsă între 15-24 ani.[3] Din cele 1,3 milioane de cazuri noi raportate în 2005, aproximativ 72% erau infecţii cu chlamydia, 25% gonoree şi 3% sifilis. CDC avertizează că aceste date reprezintă „doar o mică parte din adevărata incidenţă a BTS la nivel naţional" – multe cazuri nu sunt raportate, iar infecţiile virale cu papilomavirus uman şi herpesul genital nu sunt obligatoriu de declarat. În prezent peste un milion de americani sunt infectaţi cu HIV şi anual apar aproximativ 40.000 de infecţii noi. Se estimează că 25% din persoanele cu HIV din Statele Unite nu ştiu că sunt infectate.[4] Hepatita B şi ulcerele genitale, cum este şancroidul, se transmit de asemenea pe cale sexuală. Prezenţa oricărei BTS ne obligă să investigăm co-infecţia cu HIV.

Medicii trebuie să stăpânească arta anamnezei asupra vieţii sexuale a pacientului şi să pună întrebări cu tact despre obiceiurile sexuale. Informaţiile cheie se referă la orientarea sexuală a pacientului, numărul partenerilor din ultima lună şi antecedentele de BTS (vezi şi pag. 82-83). Este important de aflat dacă pacientul consumă alcool sau droguri, în special injectabile. Consilierea trebuie să fie interactivă şi să combine mesaje generale despre reducerea riscului pentru pacient cu metode specifice pentru reducerea posibilităţii contactării unei BTS (vezi şi Cap. 14, pag. 531-532). Puncte importante sunt limitarea numărului de parteneri, folosirea prezervativului şi vizite medicale periodice pentru tratamentul unei BTS şi HIV. În cazul apariţiei unei leziuni sau secreţii la nivelul penisului, bărbaţii trebuie să se prezinte de urgenţă la medic.

În anul 2006 CDC a emis noi recomandări cu privire la screening-ul universal pentru HIV la persoanele cu vârsta cuprinsă între 13 şi 64 ani, indiferent de factorii de risc. După evaluarea subiecţilor supuşi screening-ului în 2007, medicii şi epidemiologii din Serviciul American de Medicină Preventivă au concluzionat că trebuie investigaţi prin screening numai subiecţii la risc şi femeile gravide.[5] Aceşti experţi recomandă screening şi consiliere la următoarele

grupe: bărbaţi cu parteneri bărbaţi; bărbaţi şi femei cu parteneri multipli care practică sex neprotejat; utilizatori actuali sau în trecut de droguri injectabile; persoane care au ca obiect de activitate sexul; indivizi care au sau au avut parteneri cu antecedente de BTS, infecţie HIV, utilizatori de droguri injectabile, sau bisexuali; pacienţi care au primit transfuzii de sânge între anii 1978 şi 1985; şi persoane care solicită testarea fără a fi dispuşi să vorbească despre obiceiurile care îi încadrează în categoria cu risc.

Auto-examinarea testiculelor. Încurajaţi bărbaţii, în special pe cei cu vârsta cuprinsă între 15 şi 35 ani, să îşi *auto-examineze testiculele* lunar şi să se prezinte la medic în următoarele situaţii: orice nodul nedureros, tumefiere sau mărire a unui testicul; durere sau disconfort la nivelul unui testicul sau al scrotului; o senzaţie de greutate sau apariţia bruscă a unei colecţii de fluid în scrot; sau o durere vagă în abdomenul inferior sau în regiunea inghinală. (vezi Instrucţiuni pentru pacienţi la pag. 512.)[6]

TEHNICI DE EXAMINARE

Mulţi studenţi se simt jenaţi când examinează organele genitale ale unui bărbat. „Cum va reacţiona pacientul?" „Va avea o erecţie?" „Mă va lăsa să-l examinez?" Este mai uşor dacă îi explicaţi fiecare pas al examenului pentru ca pacientul să ştie ce va urma. Cereţi unui asistent să fie prezent. Câteodată, bărbaţii pot avea erecţie în timpul examinării. În acest caz explicaţi-i că este un răspuns normal şi terminaţi liniştit consultaţia. Dacă bărbatul refuză să fie examinat, trebuie să-i respectaţi dorinţa.

O examinare corectă a organelor genitale se poate face cu pacientul aflat fie în ortostatism, fie în decubit dorsal. Pentru a constata prezenţa herniilor sau a varicocelului, individul trebuie să se afle în ortostatism, iar examinatorul să fie aşezat comod pe un scaun. Toracele şi abdomenul pacientului sunt acoperite de un cearşaf. *Purtaţi mănuşi* în timpul examinării. Expuneţi organele genitale şi zona inghinală. Pentru pacienţii mai tineri revedeţi etapele maturării sexuale de la paginile 843–844.

PENISUL

Inspecţie

Inspectaţi penisul, incluzând:

Vezi Planşa 13.1 Patologia penisului şi a scrotului (pag. 515)

- *Tegumentul*
- *Preputul.* Dacă acesta există, decalotaţi penisul sau rugaţi-l pe pacient să o facă. Acest pas este esenţial pentru detectarea unui şancru şi a carcinoamelor. Sub preput se poate acumula smegmă, o substanţă albă, brânzoasă.

Fimoza reprezintă o îngustare a preputului, care împiedică retragerea acestuia la baza glandului. *Parafimoza* constă în incapacitatea retractării preputului (îngustat) astfel încât să acopere glandul penian. Este însoţită de edem.

- *Glandul.* Căutaţi prezenţa unor ulcere, cicatrici, noduli sau semne de inflamaţie.

Balanita (inflamaţia glandului); *balanopostita* (inflamaţia glandului şi a preputului)

Verificaţi tegumentul din jurul bazei penisului pentru excoriaţii sau semne de inflamaţie. Examinaţi baza firelor de păr pubian pentru lindini sau pediculoză pubiană.

Excoriaţiile la nivel pubian sau genital sugerează posibilitatea existenţei pediculozei pubiene sau a scabiei.

Observaţi localizarea meatului uretral.

Comprimaţi uşor glandul între index (deasupra) şi police (dedesubt). Această manevră ar trebui să deschidă meatul uretral şi să vă permită examinarea pentru secreţii. În mod normal nu există secreţii.



Hipospadias este o malformaţie congenitală în care meatul uretral se deschide pe faţa ventrală a penisului (pag. 515).

Secreţia abundentă galbenă apare în *uretrita gonococică;* iar secreţia albă sau incoloră, în cantitate redusă, în *uretrita non-gonococică.* Diagnosticul de certitudine necesită coloraţie Gram şi cultură.

Dacă pacientul a relatat prezenţa unei secreţii care nu poate fi observată în momentul examinării, rugaţi-l să comprime corpul penisului de la bază către gland. Alternativ, încercaţi şi voi. Această manevră poate elibera o secreţie din meatul uretral care va fi examinată. Pregătiţi o lamă şi materiale pentru recoltare.

Palpare

Palpaţi orice anomalie a penisului, observaţi sensibilitatea sau induraţia. Palpaţi corpul penisului între police şi degetele index şi medius, urmărind dacă există induraţii. Această etapă poate fi omisă la pacienţi tineri, asimptomatici.

Dacă aţi retras prepuţul, acesta trebuie repoziţionat înainte de a trece la examinarea scrotului.

Induraţia de-a lungul suprafeţei ventrale a penisului sugerează o *strictură uretrală* sau un posibil *carcinom.* Sensibilitatea zonei indurate semnifică inflamaţie periuretrală secundară unei stricturi uretrale.

SCROTUL ŞI CONŢINUTUL LUI

Inspecţie

Inspectaţi scrotul, incluzând:

Vezi Planşa 13.1 Patologia penisului şi a scrotului (pag. 515)

- *Tegumentul.* Ridicaţi scrotul pentru a vedea faţa posterioară.

Erupţii, chisturi epidermoide, rareori cancer cutanat

- *Conturul scrotului.* Observaţi orice tumefacţie, nodul sau vene.

Un scrot slab dezvoltat uni- sau bilateral sugerează *criptorhidism* (un testicul care nu a coborât în scrot). Cauze comune ale tumefacţiilor scrotale sunt: *herniile inghinale* indirecte, *hidrocelul* şi *edemul scrotal.*

Pot exista papule sau noduli rotunzi-ovalari, de culoare albă sau galbenă, formaţi prin ocluzia unor foliculi plini cu detritusuri de cheratină ale epiteliului folicular descuamat. Astfel de *chisturi epidermoide* sunt frecvente, deseori multiple, şi benigne.



CHISTURI EPIDERMOIDE

Palpare

Palpaţi fiecare testicul şi epididim între police şi degetele index şi medius. Localizaţi epididimul pe suprafaţa postero-superioară a fiecărui testicul. Acesta are consistenţa unui cordon nodular şi nu trebuie confundat cu un nodul anormal.

Observaţi mărimea, forma, consistenţa şi sensibilitatea; palpaţi dacă există noduli. În mod normal, presiunea aplicată asupra testiculelor produce o durere viscerală acută.



Vezi Planşa 13-3 Modificări patologice ale testiculelor (pag. 517) şi Planşa 13-4 Modificări patologice ale epididimului şi funiculului spermatic (pag. 518).

Tumefacţia sensibilă, dureroasă a scrotului apare în *epididimita acută, orhita acută, torsiunea funiculului spermatic,* sau *într-o hernie inghinală strangulată.*

Orice nodul testicular nedureros trebuie să indice posibilitatea unui *cancer testicular,* un neoplasm cu potenţial de vindecare, a cărui incidenţă maximă este la vârste între 15-35 ani.

Palpaţi între police şi degete *fiecare cordon spermatic,* inclusiv ductul deferent, de la epididim până la orificiul inghinal superficial.

Căutaţi noduli sau tumefacţii.



În această zonă, de obicei pe partea stângă, se pot palpa şi chiar observa mai multe vene tortuoase. Acestea indică un *varicocel* (pag. 518).

În infecţia cronică a ductului deferent, acesta se simte îngroşat la palpare, ca un şirag de mătănii. O structură chistică în funiculul spermatic sugerează un *hidrocel al funiculului.*

Tumefacţia scrotului, dar care nu implică testiculele, poate fi evaluată prin diafanoscopie (transiluminare: vizualizare sub acţiunea unei unde luminoase care traversează organul şi permite aprecierea gradului de transparenţă). Într-o cameră întunecată, orientaţi fasciculul unei lanterne puternice din spatele scrotului către formaţiune. Observaţi transmisia luminii sub forma unei unde roşii.

Tumefacţiile care conţin fluid seros, cum este cazul hidrocelului, pot fi examinate prin diafanoscopie. Cele care conţin sânge sau ţesut, cum este cazul unui testicul normal, a tumorilor sau al majorităţii herniilor, nu permit trecerea luminii.

HERNIILE

Inspecţie

Aşezaţi-vă pe scaun în faţa pacientului aflat în ortostatism, cu un asistent de faţă, şi *inspectaţi regiunea inghinală şi organele genitale* pentru a identifica zone proeminente sau asimetrice. În timp ce observaţi, cereţi pacientului să se încordeze şi să se lase în jos (manevra Valsalva) pentru a-şi creşte presiunea intra-abdominală, facilitând descoperirea herniilor.

O proeminenţă care apare la efortul de încordare sugerează o *hernie.*

Palpare

Palpaţi o eventuală *hernie inghinală*, folosind tehnicile de mai jos. Staţi în faţa pacientului aflat în continuare în ortostatism.

Vezi Planşa 13-5 Traiectul, prezentarea şi diferenţierea herniilor din regiunea inghinală (pag. 519).

- Pentru a examina herniile inghinale drepte, plasaţi vârful indexului drept pe marginea inferioară a sacului scrotal, apoi mişcaţi degetul în sus de-a lungul canalului inghinal, invaginând scrotul.
- Urmăriţi funiculul spermatic în sus spre ligamentul inghinal. Descoperiţi orificiul triunghiular (ca o fantă) al *inelului inghinal superficial* imediat deasupra şi lateral de tuberculul pubic. Palpaţi inelul inghinal superficial şi porţiunea sa inferioară. Cereţi pacietului să se lase în jos. Căutaţi orice tumefacţie sau formaţiune la nivelul pulpei indexului, deasupra ligamentului inghinal, lângă tuberculul pubic.
- Inelul inghinal superficial poate fi suficient de larg pentru a permite palparea oblică de-a lungul canalului inghinal spre *inelul inghinal profund*. Cereţi pacietului să se lase în jos. Verificaţi existenţa unei mase care alunecă pe canalul inghinal şi atinge vârful degetului.
- Pentru a examina herniile inghinale stângi, utilizaţi aceleaşi tehnici folosindu-vă de indexul stâng.

O tumefacţie lângă inelul inghinal superficial sugerează o *hernie inghinală directă.* O tumefacţie lângă inelul inghinal profund este semnul unei *hernii inghinale indirecte.* Experţii consideră că este dificil de diferenţiat între cele două tipuri de hernii, dar descoperirea unei mase la acest nivel necesită evaluare chirurgicală.[7]



Pentru a *palpa o hernie femurală*, plasaţi degetele pe faţa anterioară a coapsei în regiunea canalului femural. Cereţi pacientului să se lase în jos sau să tuşească. Observaţi orice tumefacţie sau sensibilitate locală.

Evaluarea unei posibile hernii scrotale. Dacă descoperiţi o formaţiune (masă) scrotală mare şi suspicionaţi o hernie, cereţi pacientului să se întindă pe pat. Este posibil ca formaţiunea să revină în abdomen de la sine. Dacă se întâmplă acest lucru, atunci este vorba despre o hernie. Dacă nu:

- Puteţi să ajungeţi cu degetele deasupra formaţiunii în scrot?
- Ascultaţi la nivelul formaţiunii scrotale, cu ajutorul unui stetoscop, pentru a depista prezenţa zgomotelor intestinale.

Dacă reuşiţi, atunci suspectaţi prezenţa unui *hidrocel.*

Zgomotele intestinale pot fi auzite la nivelul unei hernii, dar nu şi în cazul unui hidrocel.

Dacă rezultatele examinării sugerează o hernie, încercaţi să o reduceţi cu blândeţe (să o introduceţi înapoi în cavitatea abdominală) prin presiune susţinută cu ajutorul degetelor. Nu încercaţi această manevră dacă formaţiunea este sensibilă sau dacă pacientul acuză greaţă sau vomă.

Anamneza poate fi utilă în acest caz. Pacientul relatează frecvent ce se întâmplă cu tumefacţia în momentul în care se întinde în poziţie orizontală şi poate să vă arate cum îşi reduce singur hernia. Amintiţi-vă să îl întrebaţi.

O hernie este *încarcerată* atunci când conţinutul ei nu mai poate fi reintrodus în cavitatea abdominală. O hernie devine *strangulată* atunci când aportul sanguin la nivelul conţinutului acesteia este compromis. Trebuie suspectată strangularea în prezenţa simptomelor de sensibilitate, greaţă şi vărsături. În acest caz este necesară intervenţia chirurgicală. Vezi Planşa 13-5, Traiectul, prezentarea şi diferenţierea herniilor din regiunea inghinală (pag. 519).

TEHNICI SPECIALE

Auto-examinarea testiculelor

Incidenţa cancerului testicular este scăzută, aproximativ 4 la 100.000 bărbaţi, dar este cel mai frecvent tip de neoplasm întâlnit la tinerii cu vârsta cuprinsă între 15 şi 35 ani. Deşi auto-examinarea testiculelor (AET) nu a fost introdusă ca test screening pentru cancerul testicular, se recomandă să vă învăţaţi pacientul tehnica AET pentru a spori conştientizarea sănătăţii

INSTRUCŢIUNI PENTRU PACIENT: AUTO-EXAMINAREA TESTICULELOR

Această examinare se efectuează în mod ideal după o baie caldă sau un duş. Căldura relaxează scrotul şi facilitează descoperirea modificărilor.



- Examinaţi fiecare testicul cu ambele mâini. Plasaţi indexul şi degetul mijlociu sub testicul, iar policele deasupra.
- Rulaţi uşor testiculul între police şi celelalte degete. Unul dintre testicule poate fi mai mare decât celălalt ... acest lucru este normal, dar este o problemă dacă descoperiţi zone dureroase sau noduli.
- Găsiţi epididimul. Acesta este o structură tubulară moale situată posterior faţă de testicul, care colectează şi transportă lichidul seminal, nu un nodul anormal.
- Dacă descoperiţi un nodul, nu aşteptaţi. Prezentaţi-vă la doctor. Nodulul poate fi doar o infecţie, dar în cazul în care reprezintă un cancer, acesta va disemina dacă nu este oprit prin tratament.

(Sursa: Medline Plus. U.S. National Library of Medicine and National Institutes of Health. Medical Encyclopedia – Testicular self-examination. Disponibil la: www.nlm.nih.gov/medlineplus/article/003909.htm. Accesat pe 8 iunie 2007.)

şi auto-îngrijirea. Când este descoperit din timp, cancerul testicular are un prognostic excelent. Factorii de risc includ criptorhidismul, care conferă un risc mare de neoplasm la nivelul testiculului care nu a coborât; un istoric de carcinom al testiculului controlateral; orhita urliană; hernia inghinală; sau un hidrocel în copilărie.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru a descrie ceea ce aţi observat în cursul examinării; în timp veţi utiliza fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri potrivite pentru majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului fizic – Aparatul genital masculin şi herniile

„Bărbat circumcis. Fără leziuni sau secreţii la nivelul penisului. Scrot normal colorat, fără tumefacţii. Testicule coborâte bilateral, omogene, fără mase. Epididim nedureros. Hernii femurale şi inghinale absente."

SAU

„Bărbat fără circumcizie; prepuţul uşor retractabil. Fără leziuni sau secreţii la nivelul penisului. Scrot normal colorat, fără tumefacţii. Testicule coborâte bilateral; testiculul drept omogen; testiculul stâng, faţa laterală - nodul ferm de 1x1cm, fix şi nedureros. Epididim nedureros. Hernii femurale şi inghinale absente."

Suspiciune de *carcinom testicular*, cea mai frecventă formă de neoplasm la bărbaţii cu vârsta cuprinsă între 15 şi 35 ani.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Lgbthealthchannel. Available at: http://www.lgbthealthchannel.com/transgender/ht.shtml. Accessed June 6, 2007.
2. Institute of Medicine. Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases. Washington, DC, National Academy Press, 1997:1–432.
3. CDC Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States 2005. National Surveillance Data for Chlamydia, Gonorrhea, and Syphilis. December 2006. Available at: http://www.cdc.gov/std/stats/05pdf/trends-2005.pdf Accessed June 6, 2007.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Genital Herpes Simplex. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsherp.htm. Accessed June 7, 2007.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV Recommendation Statement. Release date July 2005; amended April 2007. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/hiv/hivrs.htm. Accessed June 7, 2007.
6. National Cancer Institute. Cancer Facts. Available at: http://cis.nih.gov/fact/6_34.htm. Accessed October 31, 2004.
7. Fitzgibbons RJ, Filipi CJ, Quinn TH. Inguinal hernias (Chapter 36). In Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al (eds). Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York, McGraw-Hill, 2005.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Campbell MF, Wein AJ, Kavoussi LR (eds). Campbell-Walsh Urology, 9th ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2007.

DeBusk RF. Sexual activity in patients with angina. JAMA 290(23): 3129–3132, 2003.

Delancey JOL, Ashton-Miller JA. Pathophysiology of adult urinary incontinence. Gastroenterology 126(Suppl 1):S23–S32, 2004.

Fitzgibbons RJ, Dilipi CJ, Quinn TH. Inguinal hernias. In: Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al., eds. Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

Gillenwater JY. Adult and Pediatric Urology, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Handsfield HH. Color Atlas and Synopsis of Sexually Transmitted Diseases, 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 2001.

Institute of Medicine, Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases. Washington, DC: National Academy Press, 1997:1–432.

Malangoni MA, Rosen MJ. Hernias. In: Townsend CM, Beauchamp D, Evers M, et al. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 18th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2008.

National Guideline Clearinghouse. Clinical Prevention Guidance: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. Available at: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9672&nbr=005181&string=STDs. Accessed June 7, 2007.

Tanagho EA, McAninch JW (eds). Smith's General Urology, 16th ed. New York, Lange Medical Books, McGraw-Hill, 2004.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for genital herpes simplex. March 2005. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsherp.htm. Accessed June 7, 2007.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANȘA 13-1 Patologia penisului și a scrotului



Hipospadias

Malformație congenitală în care deschiderea meatului uretral este deplasată pe fața inferioară (ventrală) a penisului. Este prezent un șanț între meatul uretral actual și locația sa normală de la vârful penisului.



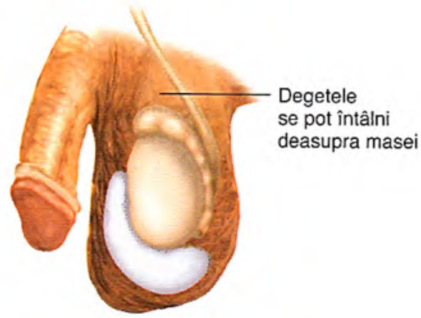
Edemul scrotal

Edemul masiv, care lasă godeu, poate face ca tegumentul scrotului să fie întins; se întâlnește în insuficiența cardiacă congestivă sau în sindromul nefrotic.



Boala Peyronie

Imediat sub tegument, de obicei pe fața dorsală a penisului, se găsesc placarde dure, palpabile, nedureroase. Pacientul acuză erecții dureroase, cu o curbură anormală a penisului.



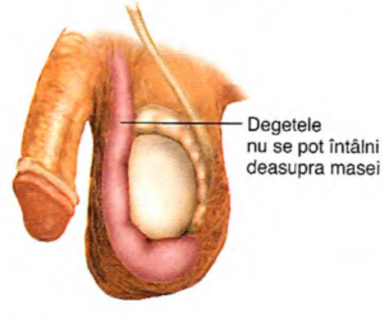
Hidrocelul

O masă lichidă, nedureroasă, în tunica vaginală. Permite trecerea undei luminoase la transiluminare, iar degetele examinatorului se pot întâlni deasupra masei.



Carcinomul penisului

Un nodul indurat sau o ulcerație, de obicei nedureroase. Aproape întotdeauna apare numai la bărbații care nu au fost circumciși; poate fi mascat de prepuț. Orice leziune persistentă la nivelul penisului este suspectă.

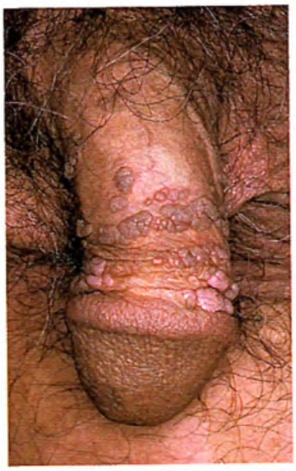


Hernia scrotală

Frecvent sunt *hernii inghinale indirecte* care alunecă prin inelul inghinal superficial, astfel încât degetele examinatorului nu se pot întâlni deasupra masei herniate.

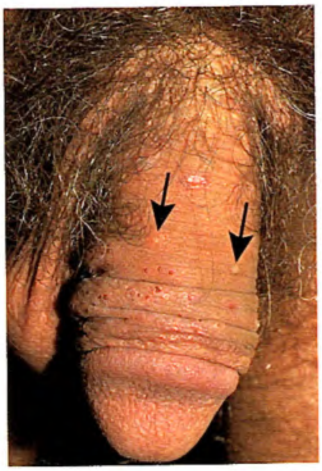
PLANȘA 13-2

Boli cu transmitere sexuală la nivelul aparatului genital masculin



Veruci genitale (condiloame acuminate)

- *Descriere*: Papule unice sau multiple sau plăci cu forme diferite; pot fi rotunde, ascuțite, sau subțiri și delicate. Sunt elevate, plane sau conopidiforme (verucoase).
- *Agent etiologic*: ***papilomavirus uman (HPV)***, de obicei subtipurile 6, 11; rare subtipuri carcinogene, aproximativ 5-10% din toate verucile genitale. *Incubație*: săptămâni – luni, iar persoana infectată poate să nu prezinte veruci vizibile.
- Pot apărea pe penis, scrot, regiune inghinală, coapse, anus; de obicei asimptomatice, determină ocazional prurit și durere.
- Unele dispar fără tratament.



Herpes simplex genital

- *Descriere*: Vezicule mici diseminate sau grupate, diametru de 1-3 mm, situate pe gland și corpul penisului. Dacă membrana veziculei se rupe, apar eroziuni.
- *Agent etiologic*: De obicei ***virusul Herpes simplex 2*** (90%), un virus ADN dublu-catenar. *Incubație*: 2 până la 7 zile după contactul infectant.
- Primul episod poate fi asimptomatic; recidiva este de obicei mai puțin dureroasă, cu durată mai scurtă.
- Se asociază cu febră, stare de rău general, cefalee, artralgii; local durere și edem, limfadenopatii.
- Diagnosticul diferențial se face cu: herpes zoster genital (pacienți vârstnici, distribuție pe un dermatom); candidoză.



Sifilisul primar

- *Descriere*: Papulă mică și roșie care evoluează către *șancru*, sau o eroziune ***nedureroasă*** cu diametrul de până la 2 cm. Baza șancrului este curată, roșie, netedă și lucioasă; marginile sunt ridicate și indurate. Șancrul se vindecă în 3-8 săptămâni.
- *Agent etiologic*: ***Treponema pallidum***, o spirochetă. *Incubație*: 9 până la 90 de zile după contactul infectant.
- Pot apărea adenopatii inghinale în 7 zile, ganglionii limfatici sunt elastici, nedureroși, mobili.
- 20-30% din pacienți dezvoltă sifilis secundar în perioada în care șancrul este încă prezent (sugerează co-infecție cu HIV).
- Diagnosticul diferențial se face cu: herpes simplex genital, șancroid, granulomul inghinal produs de *Klebsiella granulomatis* (rar în SUA; 4 variante, deci dificil de identificat).



Șancroidul

- *Descriere*: Inițial o papulă roșie sau pustulă, care formează ulterior un ulcer adânc, ***dureros***, cu margini neregulate, neindurate; conține exsudat necrotic; are o bază friabilă.
- *Agent etiologic*: ***Haemophilus ducreyi***, un bacil anaerob. *Incubație*: 3 până la 7 zile după infectare.
- Adenopatie inghinală dureroasă; 25% din cazuri cu supurație.
- Diagnosticul diferențial se face cu: sifilisul primar, herpes simplex genital, limfogranulomatoza veneriană, granulomul inghinal produs de *Klebsiella granulomatis* (ambele sunt boli rare în SUA).

PLANȘA 13-3

Modificări patologice ale testiculelor



Criptorhidism

Testiculul necoborât în scrot este atrofiat și poate fi situat în canalul inghinal sau abdomen, deci scrotul nu este complet ocupat. După cum se vede mai sus, nu există testicul stâng palpabil sau epididimul corespunzător. Criptorhidismul crește mult riscul de cancer testicular.



Testiculul mic

La adulți, lungimea testiculului este de obicei ≤3,5 cm. În *sindromul Klinefelter* testiculele sunt mici și ferme, de obicei ≤2 cm. Testicule mici, moi, care sugerează atrofia, se întâlnesc în ciroză, distrofie miotonică, tratamente cu estrogeni și hipopituitarism; pot apărea și după orhită.



Orhita acută

Inflamație testiculară acută, cu durere, sensibilitate și edem. Epididimul poate fi dificil de diferențiat. Posibil eritem scrotal. Apare în parotidita epidemică și alte infecții virale; este de obicei unilaterală.



Stadiul timpuriu

Tumora testiculară

De obicei apare ca un nodul nedureros. Orice nodul de la nivelul testiculului trebuie investigat pentru malignitate.



Stadiul avansat

Pe măsură ce neoplasmul testicular se dezvoltă și invadează țesuturile adiacente, pare să înlocuiască întregul organ. Testiculul pare mai greu decât cel normal – semn caracteristic.

Modificări patologice ale epididimului și funiculului spermatic



Spematocelul și chistul epididimului

O formațiune chistică nedureroasă, mobilă, situată deasupra testiculului sugerează un spermatocel sau un chist al epididimului. Ambele sunt vizibile prin transiluminare. Spermatocelul conține lichid spermatic, pe când chistul nu, dar nu pot fi diferențiate clinic.



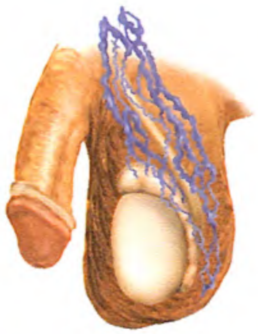
Epididimita acută

Inflamația acută produce sensibilitate și mărire de volum a epididimului, care este dificil de diferențiat de testicul. Posibil eritem scrotal și inflamație a ductului deferent. Apare în special la adulți. Diagnosticul este susținut de prezența concomitentă a infecției de tract urinar sau a prostatitei.



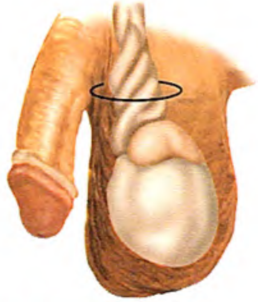
Epididimita tuberculoasă

În inflamația cronică tuberculoasă epididimul este mărit de volum, ferm, uneori sensibil, cu îngroșarea sau modificarea ductului deferent sub formă de „șirag de mătănii".



Varicocelul funiculului spermatic

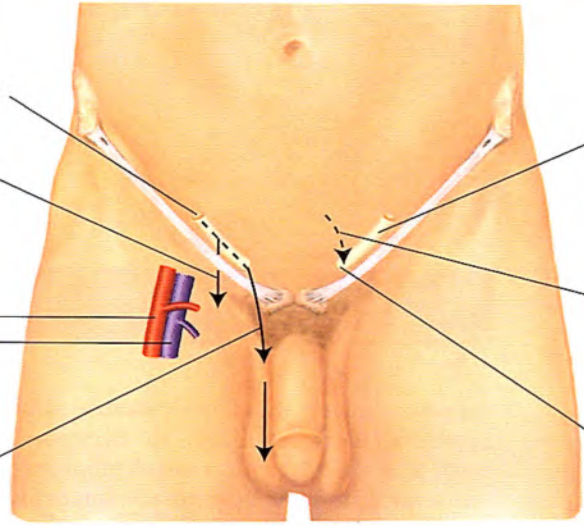
Varicocelul reprezintă dilatarea anormală a venelor funiculului spermatic (vene varicoase). De obicei apare pe partea stângă. Se palpează ca o „punguță cu viermi" moale, separată de testicul, care cade lent în momentul ascensionării scrotului la un pacient în clinostatism. Se poate asocia cu infertilitate.

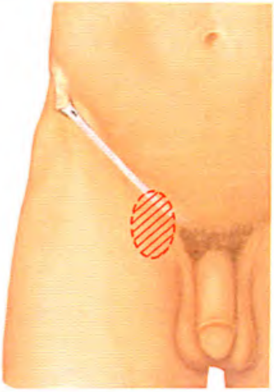


Torsiunea funiculului spermatic

Torsiunea sau răsucirea testiculului în raport cu funiculul spermatic produce o durere vie, sensibilitate și mărire de volum a organului, care este retras în sus în scrot. Scrotul devine roșu și edematos. Nu se asociază cu infecție urinară. Torsiunea, mai frecventă la adolescenți, este o urgență chirurgicală din cauza obstrucției circulației.

Traiectul, prezentarea și diferențierea herniilor din regiunea inghinală



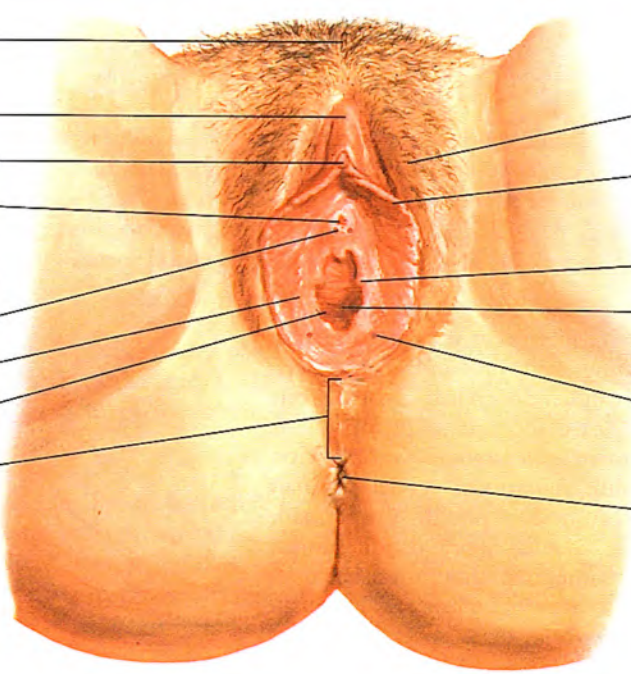
	Hernii inghinale – *Indirecte*	Hernii inghinale – *Directe*	Hernii femurale
			
Frecvență, vârstă și sex	Cele mai frecvente, apar la toate vârstele, la ambele sexe. Frecvente la copii, pot apărea și la adulți.	Mai puțin frecvente. De obicei apar la bărbați peste 40 de ani; rare la femei.	Cele mai rare. Mai frecvente la femei decât la bărbați.
Punctul de plecare	Deasupra ligamentului inghinal, lângă mijlocul acestuia (inelul inghinal profund).	Deasupra ligamentului inghinal, aproape de tuberculul pubic (lângă inelul inghinal superficial).	Sub ligamentul inghinal; apare lateral față de herniile inghinale. Poate fi dificil de diferențiat de ganglionii limfatici.
Traiect	Deseori în scrot	Rar în scrot	Niciodată în scrot
(Degetul examinatorului în canalul inghinal în timpul efortului)	Hernia alunecă în canalul inghinal și atinge vârful degetului.	Hernia proemină anterior și împinge marginea degetului în față.	Canalul inghinal este liber.

C A P I T O L U L 14

Aparatul genital feminin

ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Anatomia organelor genitale feminine externe, sau *vulva*, include *muntele pubisului*, o pernuţă de grăsime, acoperită de pilozitate, situată deasupra simfizei pubiene; *labiile mari*, pliuri rotunjite de ţesut adipos; *labiile mici*, pliuri mai subţiri, de culoare roz, care se unesc anterior formând *prepuţul*; şi *clitorisul*. *Vestibulul*, un spaţiu în formă ovală, este situat între labiile mici. În porţiunea sa posterioară se află orificiul vaginal, *introitul*, care la virgine poate fi ascuns de *himen*. Termenul de *perineu*, frecvent folosit în clinică, se referă la ţesutul dintre introit şi anus.



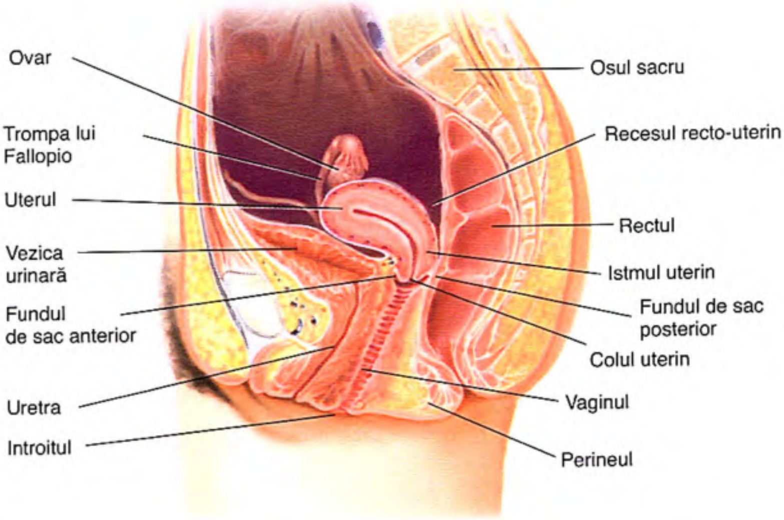
În vestibul, între clitoris şi vagin se deschide *meatul uretral*. De fiecare parte a acestuia, imediat posterior, se află orificiile de deschidere ale *glandelor parauretrale* (ale lui Skene).

Ductele excretoare ale *glandelor Bartholin* se deschid posterior, de ambele părţi ale orificiului vaginal, dar de obicei nu sunt vizibile. Glandele Bartholin sunt situate mai profund.



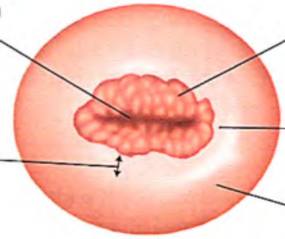
Vaginul este un conduct musculo-membranos cu traiect ascendent către posterior. Este situat între uretră şi rect. Treimea lui superioară, situată într-un plan aproape orizontal, se termină sub forma unei cupe, *fornixul*. Mucoasa vaginală formează pliuri transverse, sau repliuri.

Vaginul formează cu *uterul* un unghi aproape drept. Uterul are formă de pară întoarsă şi structură fibro-musculară. Este format din două părţi: *corpul (corpus uteri)* şi colul uterin (cervix uteri), unite prin *istm (isthmus uteri)*. Partea superioară, convexă, a corpului poartă denumirea de *fund uterin (fundus uteri)*. Partea distală a colului pătrunde în vagin şi împarte partea superioară a acestuia în trei recesuri: *anterior*, *posterior* şi *fundurile de sac laterale*.



Suprafaţa vaginală a colului uterin, *exocolul*, se vizualizează uşor cu ajutorul unui specul. În centrul exocolului se află o depresiune (fantă) rotundă sau ovalară, *ostiul extern*, care marchează deschiderea în canalul endocervical. Exocolul este acoperit de *epiteliu cilindric* roşu, catifelat, care înconjoară ostiul şi este asemănător cu mucoasa canalului cervical, şi un *epiteliu pavimentos* roz, lucios, ce se continuă cu tunica mucoasă a vaginului. *Joncţiunea* cervico-vaginală (*scuamo-cilindrică*) delimitează cele două tipuri de epitelii. În perioada pubertăţii banda îngustă de epiteliu cilindric ce înconjoară ostiul, numită *ectropion*, este înlocuită treptat de epiteliu pavimentos. Joncţiunea scuamo-cilindrică se deplasează către ostiu, formând *zona de transformare*. Riscul de displazie care apare mai târziu vizează această zonă, de la nivelul căreia se recoltează celule pentru testul Papanicolaou.

Trompa (tuba) uterină (a lui Fallopio), structură pereche cu o extremitate evazată, se întinde de la fiecare parte a uterului către ovar. Cele două ovare au formă de migdală şi variază considerabil ca dimensiune, cu o medie de



EPITELIUL CERVICAL ȘI ZONA DE TRANSFORMARE

aproximativ 3,5 x 2 x 1,5 cm de la maturitate și până la menopauză. Ovarele pot fi palpate la examinarea pelvină la aproape jumătate din femeile aflate la vârstă reproductivă. În mod normal trompele lui Fallopio nu pot fi palpate. Termenul de „*adnexa*", un substantiv latin la plural care înseamnă anexe, se referă la ovare, trompe și structurile de susținere.

Ovarele au două funcții principale: producția de ovocite și secreția de hormoni - estrogeni, progesteron și testosteron. Creșterea secrețiilor hormonale în timpul pubertății stimulează creșterea uterului și a endometrului, dezvoltarea vaginului și îngroșarea epiteliului vaginal. De asemenea, determină apariția caracterelor sexuale secundare, cum sunt sânii și pilozitatea pubiană.

Peritoneul parietal coboară posterior de uter formând un fund de sac numit *spațiul recto-uterin* (fundul de sac Douglas). Această zonă poate fi explorată prin examinare recto-vaginală.

Organele pelvisului sunt susținute de o complexitate de părți moi: mușchi, ligamente și fascii, care sunt străbătute de uretră, vagin și rect.

Evaluarea maturizării sexuale la fete, clasificată de Tanner, nu depinde de examinarea internă, ci de apariția pilozității pubiene și dezvoltarea sânilor. Stadiile lui Tanner, sau clasele de maturizare sexuală, în funcție de dezvoltarea părului pubian și a glandelor mamare sunt descrise în Capitolul 18, Evaluarea pacientului pediatric: din perioada de sugar până la cea de adolescență, pag. 842–845.

La majoritatea femeilor, dispunerea părului pubian este sub formă de triunghi cu vârful orientat în jos către vagin. La 10% dintre femei, poate avea forma unui triunghi inversat, cu vârful către ombilic. Creșterea lui nu se finalizează decât în jurul vârstei de 25 ani.

Chiar înainte de menarhă apare o creștere fiziologică a secreției vaginale, aceasta fiind o schimbare normală care produce îngrijorare fetelor sau mamelor lor. Pe măsură ce menstruația devine regulată, secreția crescută (*leucoreea*) coincide cu ovulația. De asemenea, însoțește stimularea sexuală. Aceste secreții fiziologice trebuie diferențiate de cele care apar în procesele infecțioase.

Limfaticele. Limfa de la vulvă și porțiunea inferioară a vaginului este drenată în limfoganglionii inghinali. Limfaticele organelor genitale interne, inclusiv din porțiunea superioară a vaginului, se varsă în ganglionii din pelvis și abdomen, care nu pot fi palpați.

ANAMNEZA

Aspecte frecvente

- Menarha, menstruaţia, menopauza, hemoragia postmenopauză
- Sarcina
- Simptome vulvo-vaginale
- Preferinţe sexuale şi răspunsul sexual

Menarha, menstruaţia, menopauza. Învăţaţi să recunoaşteţi tipurile de flux menstrual, folosind termenii de mai jos.

ISTORICUL CICLULUI MENSTRUAL– DEFINIŢII UTILE

- *Menarha* – vârsta la care apare prima menstră
- *Menopauza* – absenţa menstrelor timp de 12 luni consecutive, apare de obicei între 48 şi 55 ani
- *Hemoragia postmenopauză* – hemoragie care apare după 6 luni sau mai mult de la oprirea menstrelor
- *Amenoree* – absenţa menstrelor
- *Dismenoree* – durere ce însoţeşte menstrele, deseori insuportabilă, sau senzaţie de crampă în abdomenul inferior sau pelvis
- *Sindrom premenstrual (SPM)* – un grup de simptome emoţionale, comportamentale şi fizice care apar cu 5 zile înaintea menstrelor timp de 3 cicluri consecutive
- *Hemoragie uterină anormală* – hemoragie apărută între menstre; include hemoragia ocazională, excesivă, prelungită, sau în postmenopauză.

Întrebările despre *menarhă*, *menstruaţie* şi *menopauză* vă oferă posibilitatea de a afla preocupările şi atitudinea pacientei faţă de propriul corp. De exemplu, când vorbiţi cu o adolescentă, începeţi conversaţia cu întrebări de tipul: „Cum ai aflat prima dată despre ciclul menstrual? Cum te-ai simţit când a apărut? Multe fete se îngrijorează dacă menstrele nu sunt regulate sau dacă întârzie. Te-a deranjat aşa ceva?" Îi puteţi spune că, în Statele Unite, fetele au prima menstruaţie între 9 şi 16 ani, şi deseori trece un an sau mai mult până când menstrele devin regulate.Vârsta la care apare menarha este variabilă şi depinde de bagajul genetic, statusul socio – economic, şi de nutriţie. Intervalul dintre menstruaţii variază între 24 şi 32 de zile, iar hemoragia durează 3–7 zile.

Pentru a afla istoricul menstruaţiilor, întrebaţi pacienta la ce vârstă a avut prima menstră, sau *menarha*. Când a început ultimul ciclu menstrual, şi dacă îşi aminteşte, cel de dinainte? Cât de des apar menstrele, adică intervalul de timp scurs între primele zile a două cicluri succesive? Cât de regulate sau neregulate sunt acestea? Cât durează? Cât de abundentă este hemoragia? Ce culoare are? Fluxul poate fi estimat prin numărul de tampoane folosit într-o zi. Deoarece

Datele ultimelor menstre pot semnala o posibilă sarcină sau neregularităţi ale ciclului menstrual.

practicile sanitare variază de la o femeie la alta, pacienta trebuie întrebată dacă de obicei tamponul se îmbibă cu sânge sau doar se pătează uşor, etc. Foloseşte mai mult de un tampon o dată? Mai are hemoragii şi între menstre? Dar după actul sexual?

Spre deosebire de sângele menstrual normal roşu-închis, fluxul excesiv este roşu aprins şi poate conţine cheaguri de sânge (care nu sunt cheaguri adevărate de fibrină).

Întrebaţi o femeie de vârsta a doua sau mai în vârstă dacă menstruaţia s-a oprit. Când? Trecerea la menopauză a fost însoţită de anumite simptome? A mai avut hemoragii de atunci?

Până la 50% dintre femei acuză *dismenoree*, adică durere menstruală. Aflaţi dacă pacienta prezintă disconfort sau durere înainte sau în timpul menstrelor. Dacă da, cum este durerea, cât timp durează, interferă cu activităţile zilnice? Este însoţită de alte simptome? Dismenoreea poate fi *primară*, fără o cauză organică, sau *secundară*, cu o cauză organică.

Dismenoreea primară apare ca urmare a creşterii producţiei de prostaglandine în timpul fazei luteale a ciclului menstrual, când nivelurile de estrogen şi progesteron scad.

Cauzele de *dismenoree secundară* includ endometrioza, adenomioza (endometrioză în straturile musculare ale uterului), boala inflamatorie pelvină, şi polipii endometriali.

Sindromul premenstrual (SPM) include simptome emoţionale şi comportamentale cum sunt depresia, accese de supărare, iritabilitate, anxietate, confuzie, izbucniri în plâns, perturbări ale somnului, concentrare slabă, şi retragere socială.[1] Întrebaţi despre semne cum ar fi balonarea şi creşterea în greutate, edeme ale mâinilor şi picioarelor, şi dureri generalizate. Criteriile de diagnostic sunt: simptomele şi semnele ce apar cu 5 zile înaintea menstrelor, cel puţin 3 cicluri consecutive; dispariţia simptomelor în 4 zile după debutul hemoragiei; şi interferenţa cu activităţile zilnice.

Amenoreea înseamnă absenţa menstrelor. *Amenoreea primară* se defineşte prin lipsa de apariţie a menarhei, iar *amenoreea secundară* se caracterizează prin încetarea menstrelor după o perioadă în care femeia a avut cicluri menstruale. Sarcina, lactaţia şi menopauza sunt forme fiziologice de amenoree secundară.

Alte cauze de *amenoree secundară* sunt: greutatea mică de orice cauză, inclusiv malnutriţia şi anorexia nervoasă, stresul, bolile cronice, şi disfuncţia hipotalamo – hipofizo – ovariană.

Întrebaţi despre hemoragii anormale. Termenul de *hemoragie uterină anormală* cuprinde mai multe forme:

- *Polimenoreea* – un interval mai mic de 21 zile între menstruaţii
- *Oligomenoreea* – hemoragie rară
- *Menoragie* – flux excesiv
- *Metroragie* – hemoragie între menstre
- Hemoragie post-coitus (după copulaţie)

Cauzele variază în funcţie de grupul de vârstă şi includ: sarcina, infecţia cervicală sau vaginală, sau cancerul, polipii cervicali sau endometriali, hiperplazia, fibroame, sindroame hemoragipare, contracepţia hormonală, sau terapia de substituţie hormonală. *Hemoragia* apărută *după copulaţie* sugerează polipi cervicali sau neoplasm de col, sau, la o femeie mai în vârstă, vaginita atrofică.

Menopauza apare de obicei la vârste între 48 şi 55 de ani, după o perioadă de fluctuaţii ale secreţiei hipofizare de hormon foliculo-stimulant (FSH) şi hormon luteinizant (LH) şi ale funcţiei ovariene.[2] Dacă pacienta este în perioada *premenopauză*, cu cicluri menstruale la intervale variabile, întrebaţi despre simptome vasomotorii cum sunt valuri de căldură, congestie şi transpiraţie. Tulburările de somn sunt frecvente. După menopauză poate apărea uscăciune vaginală şi *dispareunie* (contact sexual dureros), căderea părului, sau uşor hirsutism datorită creşterii raportului androgeni:estrogeni. Chiar în absenţa unei infecţii pot fi prezente simptome urinare din cauza atrofiei uretrei şi trigonului urinar.

Femeile pot solicita compuşi alternativi sau medicamente pe bază de plante pentru ameliorarea simptomelor legate de menopauză. Cele mai multe nu au fost bine studiate ori nu s-au dovedit eficiente. Terapia de substituţie cu estrogeni are un efect benefic asupra simptomelor, dar creşte riscul de tromboză. Există dovezi că unele antidepresive şi alfa-blocante pot fi utile.[3]

Întrebaţi pacienta: „Ce simţiţi (aţi simţit) despre faptul că nu mai aveţi menstre? V-a afectat viaţa în vreun fel?" Interesaţi-vă dacă a mai avut hemoragii după menopauză.

Hemoragia postmenopauză apare în cancerul endometrial, terapia de substituţie hormonală, polipi uterini şi cervicali.

Sarcina. Întrebările cu privire la sarcină includ: „Aţi fost vreodată gravidă? De câte ori? ... Câţi copii în viaţă aveţi? ... Aţi pierdut vreodată vreo sarcină sau aţi făcut vreun avort? De câte ori?" Interesaţi-vă despre probleme avute în timpul sarcinii, despre momentul şi circumstanţele avortului, indiferent dacă a fost spontan sau indus. Cum a trecut femeia peste aceste pierderi? Medicii obstetricieni înregistrează istoricul sarcinilor folosind sistemul „gesta – para".

NOTAREA GESTA – PARA

- G = gesta, sau numărul total de sarcini
- P = para, numărul de sarcini duse până la capăt. După P, veţi observa frecvent notaţiile T (la termen), P (prematur), A (avort) şi V (copil în viaţă).

Interesaţi-vă despre metodele de contracepţie utilizate de pacientă şi partenerul ei. Este pacienta mulţumită de metoda aleasă? Are întrebări despre alte metode disponibile?

Dacă amenoreea sugerează *prezenţa unei sarcini*, întrebaţi despre trecutul sexual al pacientei şi eventuale *simptome precoce uzuale*: mărirea de volum a sânilor, sensibilitate, furnicături la acest nivel; frecvenţa urinărilor; greaţă şi vărsături; fatigabilitate marcată; mişcările copilului, de obicei simţite după 20 de săptămâni. În discutarea acestor subiecte acordaţi atenţie şi investigaţi dacă pacienta are îngrijorări speciale (Vezi şi Capitolul 19, Pacienta gravidă.)

Amenoreea urmată de hemoragie abundentă sugerează o *ameninţare de avort* sau o *hemoragie uterină disfuncţională*, legată de lipsa ovulaţiei.

Simptome vulvo-vaginale. Cele mai frecvente simptome vulvo-vaginale sunt *secreţiile vaginale* şi *pruritul* local. Folosiţi abordarea obişnuită. Dacă pacienta relatează o scurgere, interesaţi-vă de cantitatea, culoarea, consistenţa şi mirosul ei. Întrebaţi de existenţa unei *inflamaţii* locale sau a vreunui *nodul* în regiunea vulvară. Sunt însoţite şi de durere? Deoarece gradul de înţelegere al termenilor medicali variază în rândul pacientelor, fiţi pregătiţi să încercaţi cu formulări alternative, cum ar fi „Vă supără pruritul (sau alte simptome) în jurul vaginului? ... între picioare? ... pe unde urinaţi?"

Vezi Planşa 14-1, Patologia vulvară, pag. 546, şi Planşa 14-6, Secreţii vaginale, pag 550.

Preferinţe sexuale şi răspunsul sexual. Revedeţi recomandările pentru anamneza asupra vieţii sexuale, pag. 504. Folosind întrebări neutre şi care să nu dea impresia că judecă pacienta, întrebaţi despre preferinţele sexuale şi despre implicarea ei într-o relaţie. Pacientele care preferă partenere de acelaşi sex sau transsexuale pot fi jenate sau speriate de consulturile medicale. O atitudine liniştitoare le va ajuta să-şi exprime îngrijorările cu privire la sănătatea şi activitatea lor sexuală.

Începeţi cu întrebări generale cum ar fi „Cum este viaţa dumneavoastră sexuală?" sau „Aveţi probleme cu sexul?" Puteţi de asemenea să întrebaţi „Sunteţi satisfăcută de viaţa dumneavoastră sexuală prezentă? A avut loc o schimbare semnificativă în ultimii ani? Sunteţi mulţumită de performanţele dumneavoastră sexuale? Cât de satisfăcut credeţi că este partenerul? Credeţi că partenerul dumneavoastră este mulţumit de frecvenţa activităţii sexuale?"

Dacă pacienta este îngrijorată de activitatea sexuală, cereţi mai multe amănunte. Întrebările directe vă ajută să evaluaţi fiecare fază a răspunsului sexual: dorinţa, excitarea, şi orgasmul. „Sunteţi interesată de sex (aveţi apetit sexual)?" se referă la faza de dorinţă. Pentru faza orgasmului: „Puteţi atinge climaxul (avea un orgasm)?" „Este important pentru dumneavoastră să aveţi orgasm?" Pentru faza de excitare: „Vă excitaţi? Vă lubrifiaţi uşor (umeziţi)? Rămâneţi prea uscată?"

Disfuncţia sexuală se clasifică în funcţie de faza răspunsului sexual. Unei femei îi poate lipsi dorinţa, poate să nu se excite, şi să nu obţină o lubrifiere vaginală adecvată, sau, în prezenţa excitării adecvate, să nu poată atinge orgasmul. Cauze posibile sunt: deficitul de estrogeni, boli organice, afecţiuni psihiatrice.

Întrebaţi şi despre *dispareunie*. Dacă există, încercaţi să localizaţi simptomul. Este în porţiunea iniţială a vaginului şi apare la începutul actului sexual, sau îl simte mai în interior, când partenerul penetrează mai adânc? *Vaginismul* se referă la un spasm involuntar al muşchilor ce înconjoară orificiul vaginal, ceea ce face penetrarea dureroasă sau imposibilă.

Durerea superficială sugerează inflamaţie locală, vaginită atrofică, sau lubrifiere inadecvată; durerea mai profundă se poate datora patologiei pelvine sau presiunii asupra unui ovar normal. Cauzele *vaginismului* pot fi fizice sau psihologice.

În plus, pentru a constata natura unei probleme sexuale, întrebaţi despre debut, severitate (persistentă sau sporadică), condiţii şi, dacă există, factori agravanţi sau care o ameliorează. Care este cauza problemei din punctul de vedere al pacientei, ce a încercat în această privinţă, şi ce speranţe are? Condiţiile de apariţie ale disfuncţiei sexuale reprezintă un subiect important, dar complicat, ce implică starea generală de sănătate a pacientei; medicamente sau droguri utilizate, inclusiv alcoolul; cunoştinţele ei şi ale partenerului despre practicile şi tehnicile sexuale; atitudinea ei, valori şi temeri; relaţia şi comunicarea dintre parteneri; şi ambientul unde are loc actul sexual.

Totuşi, mai frecvent, o problemă sexuală este legată de factori psiho-sociali şi conjuncturali.

Bolile cu transmitere sexuală (BTS). Simptomele şi semnele locale depistate la examenul clinic pot ridica suspiciunea unei *boli cu transmitere sexuală*. După stabilirea caracterelor simptomelor, aflaţi preferinţele sexuale (bărbat, femeie, sau ambele sexe). Întrebaţi despre contactele sexuale şi stabiliţi numărul de parteneri sexuali din ultima lună. Interesaţi-vă dacă pacienta este preocupată de posibilitatea unei infecţii cu HIV, dacă doreşte testarea HIV, sau are parteneri care sunt la risc, în prezent sau în trecut. Întrebaţi despre contacte orale şi anale, şi dacă este necesar, despre simptome ce implică gura, gâtul, anusul şi rectul. Treceţi în revistă antecedentele de boli

venerice. „Ați avut vreodată herpes? ... alte probleme cum ar fi gonoree? ... sifilis? ... infecții pelvine?" Continuați cu întrebări mai generale conform sugestiilor de la pag. 82–83.

PROFILAXIE ȘI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Screening-ul pentru cancer de col uterin: frotiu Papanicolaou și infecția cu HPV
- Metode de planificare familială
- Bolile cu transmitere sexuală și HIV
- Modificări în menopauză

Screening-ul pentru cancer de col uterin: frotiul Papanicolaou și infecția cu papilomavirus uman (HPV). S-a înregistrat un declin al incidenței și mortalității prin cancer de col uterin ca urmare a utilizării pe scară largă a examenului Papanicolaou. Centrul de Medicină Preventivă din SUA notează că „scopul screening-ului citologic este de a monitoriza zona de transformare, adică zona trecere de la epiteliul cilindric endocervical la epiteliu pavimentos (ectocervical), locul unde apar displazia și cancerul."[4] Există două tipuri primare de neoplasm de col uterin. Aproximativ 80–90% dintre acestea sunt carcinoame epiteliale pavimentoase; iar restul de 10–20% sunt adenocarcinoame cu origine în celulele glandulare.

Factorii de risc pentru neoplasmul de col uterin sunt reprezentați de infecția virală și comportamentul sexual al femeii. Cel mai important factor de risc este infecția cu *tulpinile cu risc crescut ale HPV*. Infecția genitală cu HPV este cea mai frecventă cauză de BTS din SUA.[5] Peste 50% din populația activă sexual contractează infecția pe parcursul vieții. Majoritatea infecțiilor genitale cu HPV sunt tranzitorii și devin ADN HPV–negative în 1–2 ani, posibil prin dezvoltarea graduală a anticorpilor imuni. Se consideră că persistența HPV induce leziuni precanceroase și canceroase, iar HPV este virtual cauza tuturor neoplasmelor de col uterin.[6] Tulpinile HPV 16 și 18 sunt responsabile pentru aproximativ 70% din cancerele de col, iar HPV 6 și 11 sunt cauza a 90% din verucile genitale.

Alți factori de risc pentru neoplasmul de col includ debutul precoce al vieții sexuale; parteneri sexuali multipli; antecedente de BTS; necomplianța la screening-ul Papanicolaou; vârsta; starea de nutriție; fumatul; statusul imun; și polimorfisme genetice care afectează pătrunderea ADN-ului HPV în celulele cervicale.[4]

Ghiduri de screening ce utilizează testul Papanicolaou. Societatea Americană de Obstetrică și Ginecologie, Societatea Americană pentru Cancer și Centrul de Medicină Preventivă din SUA au stabilit recent noi recomandări în ceea ce privește frecvența screening-ului la diferite grupe de vârstă.[4,7,8] Acestea reflectă noile descoperiri privind progresia leziunilor cervicale de la grad redus la grad înalt (de la displazie ușoară la carcinom in situ) și evoluția tehnologiei pentru testarea Papanicolaou. Neoplazia intraepitelială cervicală progresează lent și este diagnosticată cu ușurință la examinarea frotiului Papanicolaou. Noi tehnologii,

cum ar fi citologia în mediu lichid, re-screening-ul computerizat şi screening-ul bazat pe algoritmi ar putea îmbunătăţi detectarea celulelor cervicale anormale, deşi Centrul de Medicină Preventivă din SUA a concluzionat în 2003 că nu există suficiente dovezi care să susţină acurateţea mai mare a acestor tehnici în comparaţie cu testul Papanicolaou convenţional.[4,9]

Recomandările Societăţii Americane de Obstetrică şi Ginecologie (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) sunt redate mai jos.[7] Acestea sunt agreate şi de Societatea Americană pentru Cancer şi de Centrul de Medicină Preventivă din SUA (US Preventive Services Task Force, USPSTF). Trecerea în revistă a acestor ghidurilor este utilă şi orientativă.

• Ghidurile pentru screening-ul cancerului de col uterin: ACOG[7]

Prima evaluare	Screening la aproximativ 3 ani după prima experienţă sexuală sau la vârsta de 21 ani, oricare din cele două apare prima.
Femeile cu vârsta până la 30 ani	Screening anual cu test normal sau la fiecare 2 ani cu citologie în mediu lichid.
Femeile cu vârsta ≥30 ani	• Screening la fiecare 2-3 ani dacă trei citologii cervicale efectuate anual consecutiv au avut rezultate negative, sau dacă testarea citologică şi testele pentru HPV cu risc înalt au fost negative. • Screening mai frecvent la pacientele cu test Papanicolaou pozitiv sau cu rezultate pozitive la testul pentru HPV cu risc înalt; cu infecţie HIV; imunosupresie; expunere la DES *in utero*; antecedente de neoplasm cervical.
Femeile cu histerectomie	Întrerupeţi screening-ul de rutină, cu excepţia cazurilor în care colul a fost păstrat sau pacienta a avut displazie ori neoplasm cervical. Screening-ul anual este recomandat femeilor cu astfel de antecedente până când trei teste consecutive ale citologiei vaginale arată rezultate negative. (Studiile arată că 68% dintre femeile histerectomizate pentru afecţiuni benigne pot beneficia de test Papanicolaou în primii 3 ani după intervenţie.)[10]
Femeile vârstnice	ACOG recomandă continuarea screening-ului în funcţie de evaluarea clinică a stării individuale de sănătate şi abilitatea de a monitoriza pacienta. USPSTF a constatat o utilitate redusă a screening-ului la *femeile cu vârsta ≥65 ani*, dar recomandă screening continuu la persoanele vârstnice care nu au fost monitorizate prin screening sau nu pot oferi informaţii despre rezultatele testelor anterioare. Societatea Americană pentru Cancer recomandă întreruperea screening-ului la femeile *peste 70 ani* dacă rezultatele a trei teste Papanicolaou consecutive sunt negative şi cele din ultimii 10 ani au fost negative. Societatea afirmă că testarea trebuie continuată la femeile sănătoase cu antecedente de neoplasm cervical, expunere la DES *in utero*, infecţie HIV, sau un sistem imunitar slăbit.

Studiaţi cu atenţie pentru a înţelege cum se raportează rezultatele testului Papanicolaou. Clasificarea actuală şi ghidurile de management se bazează pe Sistemul Bethesda al Institutului Naţional pentru Cancer, revizuit în 2001.[11,12] Principalele categorii sunt amintite în caseta de mai jos. Atitudinea depinde de riscul pentru neoplasm cervical şi implică deseori repetarea citologiei, a colposcopiei şi a testului ADN pentru papilomavirusul uman (HPV).

Frotiul convenţional Papanicolaou are o sensibilitate şi o specificitate de detectare a cancerului cervical de 30–87% şi respectiv 86–100%. Pentru citologia în mediu lichid procentele sunt 61–95% şi 78–82%.[5]

CITOLOGIE BABEŞ-PAPANICOLAOU: SISTEMUL BETHESDA DE CLASIFICARE (2001)

- *Frotiu negativ pentru leziune intraepitelială sau malignă:* nu există nici o dovadă celulară de neoplazie, deşi alte organisme ca *Trichomonas, Candida* sau *Actinomyces* pot apărea în această categorie. De asemenea, sunt posibile modificări ale florei sugestive pentru vaginită bacteriană sau modificări celulare produse de virusul herpes simplex.
- *Celule epiteliale atipice:* Acestea includ leziunile precanceroase sau canceroase:
  - *Celule scuamoase,* inclusiv *celule scuamoase atipice* (ASC), care pot avea o semnificaţie nedeterminată (ASC–US); *leziuni scuamoase intraepiteliale cu grad scăzut* (LSIL), care includ displazia uşoară; *leziuni scuamoase intraepiteliale cu grad înalt* (HSIL), care includ displazia moderată şi severă cu caractere ce ridică suspiciunea de invazie; şi *carcinomul* invaziv *cu celule scuamoase.*
  - *Celule glandulare,* care includ *celule endocervicale atipice* sau *celule endometriale atipice,* specificate sau nu (NOS); *celule endocervicale atipice* sau *celule glandulare atipice,* sugestive pentru *neoplazie; adenocarcinom endocervical in situ;* şi *adenocarcinomul*
  - *Alte leziuni maligne,* cum ar fi sarcoame şi limfoame, ambele rare

Vaccinul HPV. În 2007 Centrul pentru Controlul şi Profilaxia Bolilor (CDC) a recomandat administrarea *vaccinului* HPV la fete şi femei cu vârsta cuprinsă între 11 şi 26 ani, pentru a reduce riscul cancerului de col uterin.[13] Studiile au arătat că vaccinul, care ţinteşte tipurile 6, 11, 16 şi 18 de HPV, are eficacitate de aproape 100% în prevenirea neoplaziilor intraepiteliale cervicale gradul 2 sau 3 produse de tulpinile 16 şi 18, şi a adenocarcinomului in situ la femeile care nu fuseseră expuse anterior la aceste virusuri.[6] De asemenea, vaccinul reduce riscul bolilor ano-genitale cum sunt verucile, neoplazia intraepitelială şi cancerele ano-genitale invazive.[14] La femeile care au fost anterior expuse la una din cele patru tulpini ale HPV vaccinul este mai puţin eficient şi nu tratează leziunile deja existente (infecţiile cervicale cu HPV, verucile genitale, stările precanceroase şi cancerele).[15]

Se consideră că vaccinarea din timp, înaintea începerii activităţii sexuale, conferă cel mai mare beneficiu. Procentual, debutul vieţii sexuale la diferite grupe de vârstă la adolescenţi este de 8% la cei sub 13 ani, 33% până în clasa a noua, şi 66% până la terminarea liceului.[16] Prevalenţa infecţiei cu HPV este de 40% la fetele cu vârste între 14–19 ani.[17] Screening-ul prin frotiu Papanicolaou şi examen ginecologic ar trebui să continue şi după vaccinare pentru a descoperi modificări produse de o infecţie nouă sau persistentă cu alte tulpini HPV oncogene. În prezent, durata perioadei de protecţie oferită de vaccinarea HPV nu este cunoscută.

Notă asupra cancerului ovarian. Deşi cancerul ovarian este relativ rar, femeile întreabă frecvent despre teste screening disponibile. În prezent nu există astfel de teste eficace, dar în viitor vor putea fi utile proteomica şi cinetica markerului CA–125.[18] Cei mai mari factori de risc sunt istoricul familial de neoplasm mamar sau ovarian, şi mutaţiile genelor BRCA1 şi BRCA2 ce provin de la oricare din părinţi. Nivelul CA–125 nu are nici sensibilitate şi nici specificitate. Valorile sunt crescute la peste 80% dintre femeile cu cancer ovarian şi ajută la depistarea recăderii după chimioterapie, dar pot fi de asemenea crescute în alte stări şi cancere, cum sunt: sarcina, endometrioza, fibromatoza uterină, boala inflamatorie pelvină (BIP), chisturi benigne, şi neoplasme de pancreas, sân, plămân, stomac şi colon.

Opţiunile pentru femeile cu risc genetic crescut includ anexectomia bilaterală, examinări frecvente ale regiunii pelvine, monitorizarea nivelului CA–125 şi ecografii transvaginale, dar nici una dintre acestea nu este o metodă de screening utilă.

BTS şi infecţia HIV. În SUA, incidenţa BTS este cea mai mare din ţările industrializate.[19] Infecţia cu *Chlamydia trachomatis* este BTS cel mai frecvent raportată în SUA, şi de asemenea, cel mai des întâlnită în rândul femeilor.[20] Frecvenţa cea mai mare se întâlneşte la femeile din grupa de vârstă 15–19 ani, urmată de cele cu vârsta de 20–24 ani. Ratele cele mai mari ale infecţiei apar la femeile afro-americane, amerindiene şi cele native din Alaska. Majoritatea cazurilor rămân nediagnosticate. Fără tratament, 40% dintre bolnave vor dezvolta BIP, iar 20% vor deveni infertile. Detectarea, grupele de vârstă afectate şi consecinţele lipsei de diagnostic şi tratament sunt similare pentru *gonoree*. Mai puţin frecventă este infecţia cu *sifilis*; femeile afro-americane şi hispanice au un risc crescut. Centrul de Medicină Preventivă din SUA recomandă ferm:

- Screening de rutină pentru *chlamydia* cu localizare la nivelul colului uterin la toate femeile active sexual şi la gravide, cu vârsta mai mică de 24 ani, precum şi la femeile vârstnice asimptomatice, dar care au risc crescut[21]
- Screening simultan pentru *chlamydia* şi frotiu Papanicolaou
- Screening de rutină pentru *gonoree* cu localizare la nivelul colului uterin la toate femeile active sexual, cu risc crescut, inclusiv la femeile însărcinate[22]
- Screening de rutină pentru sifilis la femeile cu risc crescut şi la gravide[23]

În SUA, incidenţa *infecţiei HIV şi SIDA* a înregistrat o creştere în rândul femeilor, care astăzi reprezintă 30% din cazuri.[24] Transmiterea la femei este în principal pe cale heterosexuală. Dintre purtătoarele infecţiei, 60% sunt afro-americane, 20% sunt de origine latină, iar 20% sunt caucaziene. Factorii care facilitează transmiterea heterosexuală a virusului sunt: partenerul infectat cu o încărcătură virală mare de HIV–1, ectopia cervicală, sexul în timpul menstrei, partenerul necircumcis. Vulvo–candidoza recurentă, BTS concomitente, frotiuri Papanicolaou anormale (apar la 40% din femeile HIV-pozitive) şi infecţiile cu HPV sunt semnale de alarmă care impun testare HIV. În 2006, CDC a publicat noi ghiduri ce recomandă testarea universală pentru HIV a tuturor persoanelor cu vârsta cuprinsă între 13 şi 64 ani, indiferent de factorii de risc. Recomandarea Centrului de Medicină Preventivă din SUA se referă doar la cei la risc crescut.[25]

Ca și în cazul bărbaților, medicii trebuie să evalueze factorii de risc pentru BTS și infecție cu HIV printr-o anamneză atentă a vieții sexuale și prin informarea pacientelor asupra răspândirii bolii și a metodelor de reducere a riscului. Cheia unei recomandări clinice eficiente este respectul, compasiunea, o atitudine fără a judeca pacienta, și adresarea unor întrebări deschise, ușor de înțeles, cum ar fi „Spuneți-mi despre noii parteneri sexuali" și „Ați făcut vreodată sex anal, adică ‚penis în rect/anus ?"[26] CDC recomandă o consiliere interactivă, centrată pe pacient, adaptată factorilor de risc și situației specifice ale persoanei. Instruirea în consiliere preventivă îmbunătățește eficiența. Puteți începe prin accesarea unuia din site-urile recomandate de CDC cum sunt http://effectiveinterventions.org sau http://depts.washington.edu/nnptc/.

Vezi Capitolul 3, Anamneza și istoricul medical, pag. 82–83, despre obținerea istoricului sexual, și Capitolul 13, Aparatul genital masculin și herniile, pag. 505–507, despre factorii de risc pentru infecția HIV.

Metode de planificare familială. Este important să sfătuiți femeile, și în mod particular adolescentele, despre momentul ovulației în cadrul ciclului menstrual și cum pot planifica sau preveni o sarcină. Datele obținute din studii arată că peste jumătate din sarcinile din SUA sunt neintenționate, o mare parte dintre acestea fiind reprezentată de cele 800.000 de adolescente gravide în fiecare an.[27] Medicii trebuie să fie familiarizați cu numeroasele opțiuni pentru contracepție și eficiența lor. Acestea includ metodele naturale (abstinența periodică, coitul întrerupt, lactația); metode contraceptive de barieră (prezervativul, diafragma, cupola cervicală); metode implantabile (dispozitivul intrauterin, implantul subdermic); intervenții farmacologice (spermicide, contraceptive orale, implantul subdermic cu levonorgestrel, contraceptive injectabile sau sub formă de plasturi ce conțin estrogen/progesteron, inelul vaginal); și sterilizarea chirurgicală (ligatura tubară). Discutați cu pacienta sau cuplul despre preocupările și preferințele lor și respectați-le atunci când este posibil. Utilizarea continuă a unei metode agreate are eficacitate superioară comparativ cu o metodă mai eficientă ce nu este folosită. Pentru adolescenți, o ambianță confidențială înlesnește discutarea unor probleme care par personale și dificil de abordat.

Modificări în menopauză. Trebuie să vă familiarizați cu schimbările psihologice și fiziologice care au loc la menopauză – modificări ale dispoziției și percepției de sine, reacții vasomotorii („valuri de căldură"), diminuare accelerată a masei osoase, creșterea colesterolului total și a fracțiunii LDL, și atrofie vulvo–vaginală care induce simptome de uscăciune vaginală, disurie și uneori dispareunie.

Medicul trebuie să fie informat despre *riscurile și beneficiile terapiei de substituție hormonală cu estrogen și progesteron*, un subiect grevat de întrebări în timpul vizitelor la doctor. Trei studii mari randomizate din 1998, fiecare urmărind evoluția evenimentelor de tip boală, au arătat că astfel de terapii cresc riscul de accident vascular cerebral și embolie pulmonară și nu au nici un efect asupra riscului de evenimente coronariene.[28-31] Două dintre studii au arătat creșterea cu 25% a riscului de cancer de sân.[28, 29, 31] Un alt studiu a demonstrat creșterea riscului pentru demență la femeile aflate în postmenopauză.[32] Aceste riscuri sunt în special consecința efectului estrogenilor. Deși riscul de fractură de șold și de cancer de colon scad, ghidurile medicale actuale nu recomandă terapia de substituție hormonală pentru prevenția bolilor, ci doar utilizarea de doze minime pentru controlul simptomelor menopauzei și pentru cea mai scurtă perioadă de timp posibilă.[33-35]

TEHNICI DE EXAMINARE

Regiuni importante de examinat

Examinarea externă	Examinarea internă
• Muntele pubisului	• Vaginul, pereţii vaginului
• Labiile mari şi mici	• Colul uterin
• Meatul uretral, clitorisul	• Uterul, ovarele
• Introitul vaginal	• Musculatura pelvină
• Perineul	• Peretele recto-vaginal

Abordarea examinării regiunii pelvine. Mulţi studenţi sunt jenaţi sau stingheriţi când încep să examineze regiunea pelvină. În acelaşi timp, pacientele sunt la rândul lor preocupate. Unele femei au avut experienţe dureroase, jenante, sau chiar înjositoare în timpul consulturilor anterioare, în timp ce altele sunt la prima experienţă de acest fel. Unora le este teamă de ce ar putea constata medicul şi de cum ar putea aceasta să le influenţeze pe viitor viaţa. A-i cere pacientei permisiunea pentru examinare arată respect şi politeţe. Dacă urmează să se recolteze celule pentru un examen Papanicolaou folosind o tehnică cu lamelă de sticlă, programaţi consultaţia astfel încât pacienta să fie în perioada dintre menstre, deoarece sângele poate modifica interpretarea rezultatului.

Prin tehnica citologiei în mediu lichid, celulele sanguine pot fi eliminate prin filtrare.[36]

O femeie aflată la prima ei consultaţie s-ar putea să nu ştie la ce să se aştepte. Folosind modele tridimensionale, arătându-i instrumentarul şi lăsând-o să mânuiască speculumul, explicându-i fiecare pas al examinării în avans, toate acestea o ajută să afle mai multe despre propriul corp şi să se simtă mai confortabil. În timpul primei examinări a regiunii pelvine este foarte important să stăpâniţi o tehnică blândă şi corectă, pentru a reduce la minim orice durere sau disconfort.

Atitudinea femeii faţă de examinarea regiunii pelvine poate dezvălui sentimentele ei despre consult şi propria sexualitate. Dacă se retrage, îşi apropie coapsele, sau reacţionează negativ la examinare, puteţi comenta cu blândeţe „Am observat că nu vă puteţi relaxa. Este doar din cauza faptului că vă aflaţi aici, sau vă deranjează consultul?... Vă preocupă ceva?" Comportamentul ce pare să fie un obstacol vă poate ajuta să înţelegeţi mai bine pacienta. Reacţiile ostile pot semnala un abuz anterior care ar trebui investigat.

În adolescenţă, indicaţiile efectuării unei examinări pelvine sunt: anormalităţi ale ciclului menstrual, cum ar fi amenoreea, hemoragia abundentă, sau dismenoreea; durerea abdominală inexplicabilă; secreţii vaginale; prescrierea de contraceptive; analize bacteriologice şi citologice la o fată activă sexual; şi dorinţa proprie a pacientei de a fi evaluată.

Vezi Capitolul 18, Evaluarea pacientului pediatric: din perioada de sugar până la adolescenţă, pag. 826–830.

RECOMANDĂRI PENTRU EXAMINAREA REGIUNII PELVINE

Pentru pacientă

- Evită actul sexual, duşul sau utilizarea de supozitoare vaginale cu 24–48 de ore înaintea examinării
- Îşi goleşte vezica urinară înaintea examinării
- Stă întinsă pe spate, cu capul şi umerii ridicaţi, braţele pe lângă corp sau încrucişate pe piept, pentru a permite contactul vizual şi a reduce contractura muşchilor abdominali

Pentru examinator

- Obţine acordul, cheamă o asistentă
- Explică fiecare pas al examinării în avans
- Acoperă pacienta de la mijloc până la genunchi; deprimă câmpul dintre genunchi pentru a permite contactul vizual cu pacienta
- Evită mişcările bruşte sau neprevăzute
- Alege un specul cu dimensiune corectă
- Încălzeşte speculul cu apă caldă
- Monitorizează starea de confort a pacientei urmărindu-i mimica facială
- Foloseşte o tehnică excelentă, dar blândă, în special când introduce speculul (vezi mai jos)

Pentru o examinare adecvată este esenţială relaxarea pacientei. Utilizarea trucurilor de mai sus vă ajută să asiguraţi confortul pacientei. Purtaţi de fiecare dată mănuşi, atât în timpul examinării cât şi atunci când folosiţi instrumente sau specimene. Faceţi un plan dinainte, pentru a avea la îndemână instrumentarul şi mediile de cultură.

Examinatorii de sex masculin ar trebui să fie însoţiţi de o asistentă. Şi doctoriţele ar trebui să fie asistate, mai ales dacă pacienta are probleme de ordin fizic sau emoţional, şi pentru a facilita examinarea.

Victimele violurilor. Indiferent de vârsta pacientei, *violul* necesită o evaluare specială; de obicei este vorba de un consult ginecologic şi de documentele constatatoare. În departamentele de urgenţă există o trusă specială pentru cazurile de viol care trebuie utilizată pentru a recolta şi păstra probele. Specimenele recoltate trebuie etichetate atent cu nume, dată şi oră. Pentru ancheta legală ar putea fi necesare şi alte informaţii.

Alegerea instrumentarului. Trebuie să aveţi o iluminare corespunzătoare, un specul vaginal de dimensiune corectă, lubrifiant hidrosolubil, şi instrumentar pentru recoltarea celulelor pentru testul Papanicolaou, culturi bacteriologice şi probe ADN, sau alte teste diagnostice, cum ar fi hidroxid de potasiu sau soluţie salină fiziologică. Evaluaţi stocurile şi procedurile din cabinet înainte de a preleva probe.

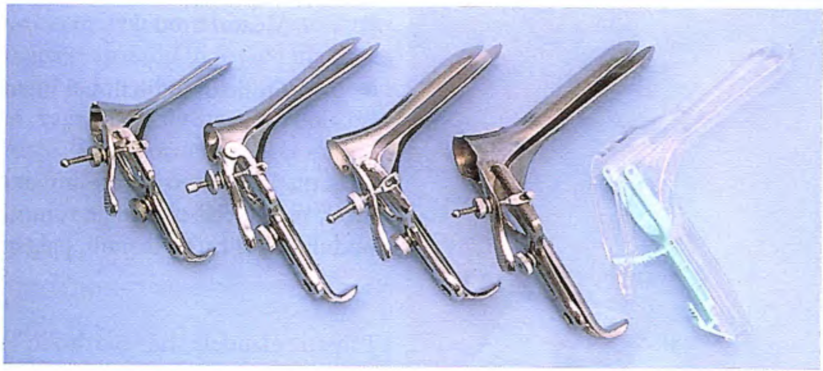
Speculul poate fi din metal sau plastic şi este de două tipuri: Pedersen şi Graves. Ambele sunt disponibile în trei mărimi: mică, medie şi mare. Speculul Pedersen

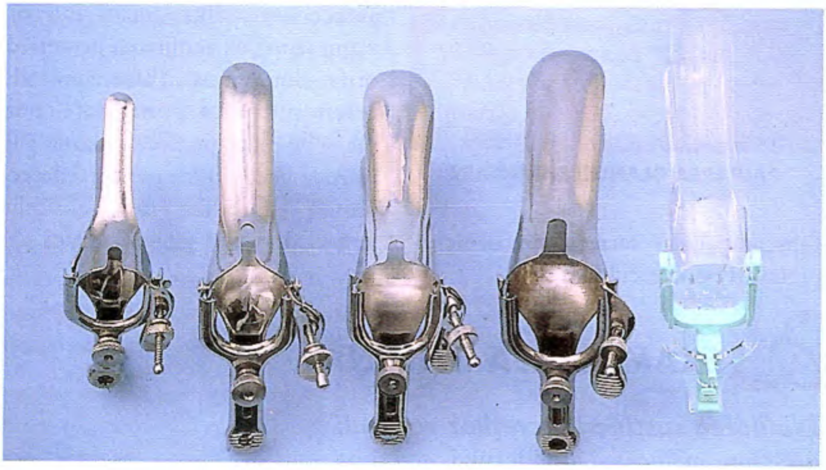
mediu este de obicei cel mai confortabil pentru femeile active sexual. Speculul Pedersen mic se potriveşte femeilor cu un introit îngust, cum sunt virginele şi femeile în vârstă. Speculele Graves sunt indicate la femeile care au născut şi au prolaps vaginal.

Înainte de a folosi speculul, familiarizaţi-vă cu deschiderea şi închiderea lamelor acestuia, blocaţi lamele într-o poziţie deschisă, şi apoi eliberaţi-le. Deşi instrucţiunile din acest capitol se referă la un specul din metal, le puteţi adapta uşor unuia din plastic, mânuindu-l înainte de utilizare.

Atunci când este deschisă sau închisă, speculul din plastic face un clic zgomotos şi poate ciupi. Avizarea din timp a pacientei ajută la evitarea unor surprize neplăcute.

Poziţionarea pacientei. Acoperiţi pacienta cu un câmp şi ajutaţi-o să se urce pe masa de examinare în poziţie ginecologică. Asistaţi-o să îşi poziţioneze întâi un călcâi, apoi celălalt pe suporţi. S-ar putea să se simtă mai bine încălţată decât în picioarele goale. Apoi cereţi-i să alunece în jos până când fesele depăşesc uşor marginea mesei. Coapsele ar trebui să fie flectate, în abducţie, şi în rotaţie externă la nivelul şoldurilor. O pernă trebuie să-i susţină capul.





Specule, de la stânga la dreapta: Pedersen mic din metal, Pedersen mediu din metal, Graves mediu din metal, Graves mare din metal, şi Pedersen mare din plastic

EXAMINAREA EXTERNĂ

Evaluarea maturizării sexuale a unei paciente adolescente. Puteţi aprecia pilozitatea pubiană atât la examinarea abdominală, cât şi la cea pelvină. Observaţi caracterul şi distribuţia, şi evaluaţi în funcţie de stadiile lui Tanner, descrise la pag. 845.

Pubertatea întârziată este deseori familială sau consecinţa unei boli cronice. Poate fi şi consecinţa unor disfuncţii hipotalamice, ale adenohipofizei, sau ovarelor.

Examinarea organelor genitale externe. Aşezaţi-vă confortabil şi atenţionaţi pacienta că îi veţi atinge zona genitală. Inspectaţi muntele pubisului, labiile, şi perineul. Separaţi labiile şi observaţi:

Pediculoza pubiană (păduchi) este sugerată de prezenţa excoriaţiilor sau a maculo-papulelor mici, eritematoase şi pruriginoase. Căutaţi lindini sau păduchi la baza firelor de păr pubiene.

- Labiile mici
- Clitorisul

Clitoris mărit în afecţiuni masculinizante



PALPAREA GLANDEI BARTHOLIN

- Meatul uretral
- Orificiul vaginal, sau introitul

Carunculă uretrală, prolaps al mucoasei uretrale (pag. 547)

Observaţi semne de inflamaţie, ulceraţii, secreţii, mărire de volum, sau noduli. Dacă există leziuni, palpaţi-le.

Herpes simplex, boala Behçet, şancru sifilitic, chist epidermoid. Vezi Planşa 14–1, Patologia vulvară (pag. 546).

Palpaţi glandele lui Bartholin dacă există edem labial în prezent sau în antecedente. Introduceţi indexul în vagin lângă extremitatea posterioară a orificiului vaginal. Plasaţi policele pe exteriorul părţii posterioare a labiei mari. Pe rând, pe fiecare parte, palpaţi între police şi index pentru a descoperi semne de edem sau sensibilitate. Observaţi orice secreţie din orificiul extern al ductului glandei. Dacă există, prelevaţi pentru culturi.

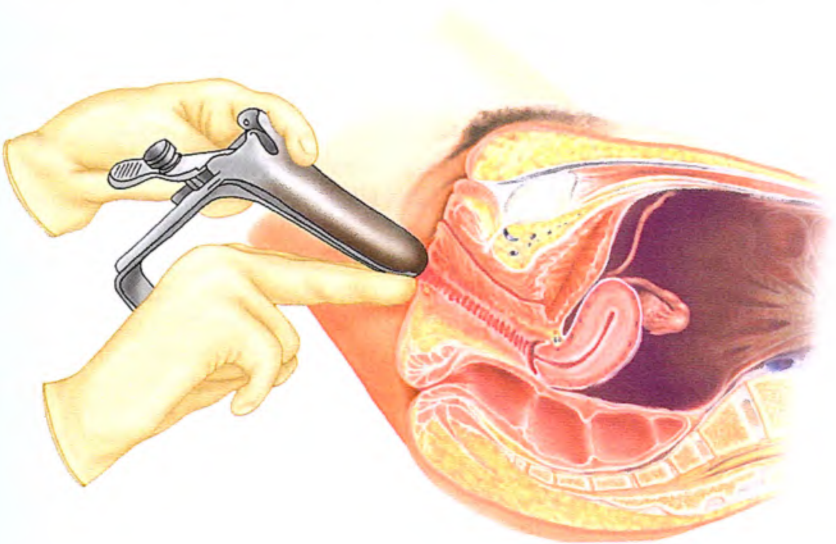
Glandele Bartholin pot prezenta o infecţie acută sau cronică, însoţită de edem. Vezi Planşa 14–2, Tumefacţii şi tumori ale vulvei, vaginului şi uretrei (pag. 547).

EXAMINAREA INTERNĂ

Evaluarea susţinerii pereţilor vaginali. Cu labiile depărtate cu ajutorul degetului mijlociu şi al indexului, cereţi pacientei să se încordeze. Observaţi orice tumefacţie a pereţilor vaginali.

Tumefacţie cauzată de un *cistocel* sau *rectocel*. Vezi Planşa 14–2, Tumefacţii şi tumori ale vulvei, vaginului şi uretrei (pag. 547).

Introducerea speculului. Alegeţi un specul potrivit ca formă şi dimensiune, şi umeziţi-l cu apă caldă, dar nu fierbinte. (Lubrifiantele sau gelurile pot



interfera cu examenele citologice sau culturile bacteriene ori virale). Puteţi mări orificiul vaginal prin umezirea unui deget cu apă şi apăsând în jos, pe marginea inferioară. Verificaţi localizarea colului pentru a introduce speculul sub un unghi cât mai corect. Lărgirea introitului vaginai facilitează introducerea speculului şi scade disconfortul pacientei. Cu cealaltă mână (de obicei stânga), introduceţi speculul închis, peste degete, pe un traiect relativ descendent. Aveţi grijă să nu prindeţi fire de păr pubian şi să nu ciupiţi labiile. Pentru a evita aceasta, depărtaţi labiile mari cu cealaltă mână.

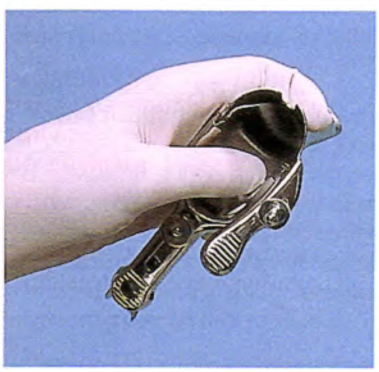
INTROITUL VAGINAL ÎNGUST

La virgine, multe orificii vaginale permit pătrunderea unui singur deget al examinatorului. Adaptaţi-vă tehnica pentru a folosi doar indexul. Un specul Pedersen mic poate facilita inspecţia. Când orificiul vaginal este chiar mai mic, se poate efectua o examinare bimanuală adecvată prin introducerea unui deget în rect, dar atenţionaţi pacienta înainte!

Tehnici similare se pot aplica la femeile în vârstă, dacă orificiul vaginal a devenit atrofiat şi îngust.

Un *himen imperforat* poate întârzia ocazional instalarea menarhei. Verificaţi şi această posibilitate în cazul unei fete a cărei menarhă întârzie să apară, deşi dezvoltarea sânilor şi a pilozităţii pubiene este normală.

Pentru a evita exercitarea presiunii asupra uretrei există două metode ce vă pot ajuta. (1) Când introduceţi speculul, ţineţi-l în unghi (exemplificat mai jos în stânga), şi apoi (2) lăsaţi-l să alunece de-a lungul peretelui posterior al vaginului, apăsând în jos pentru a menţine introitul vaginal relaxat.



UNGHIUL DE PĂTRUNDERE

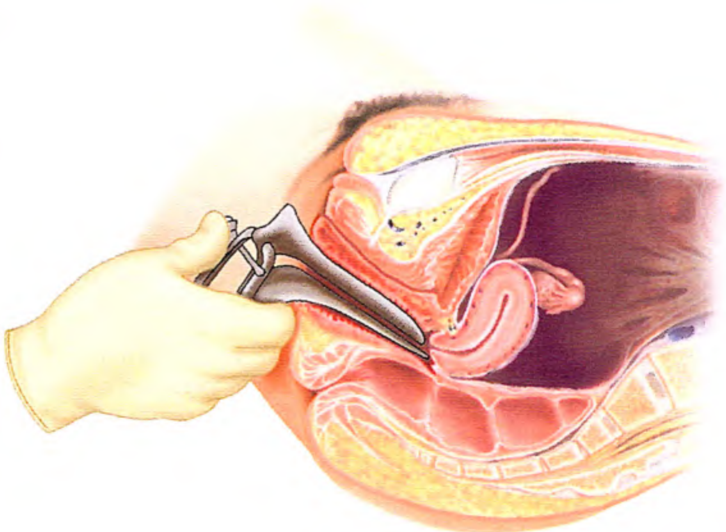


UNGHIUL DUPĂ INTRODUCEREA COMPLETĂ

După ce speculul a pătruns în vagin, îndepărtaţi degetele de pe introit. Puteţi să treceţi speculul în mâna dreaptă pentru a-i mări manevrabilitatea şi pentru a putea colecta probe. Rotiţi speculul într-o poziţie orizontală, menţinând presiunea posterior, şi introduceţi-l până la capăt. Fiţi atenţi să nu deschideţi braţele speculului prematur.

Inspectarea colului. Deschideţi speculul cu atenţie. Rotiţi-l şi ajustaţi-l astfel încât colul uterin să poată fi observat în întregime. Poziţionaţi lumina pentru a vizualiza bine colul. Când uterul este retrovers, colul este dispus mai anterior decât s-a ilustrat. Dacă nu reuşiţi să localizaţi colul, retrageţi uşor speculul şi repoziţionaţi-l sub un unghi diferit. Dacă există secreţii care vă împiedică examinarea, ştergeţi-le uşor cu un tampon mare de vată.

Vezi retroversia uterului, pag. 537.

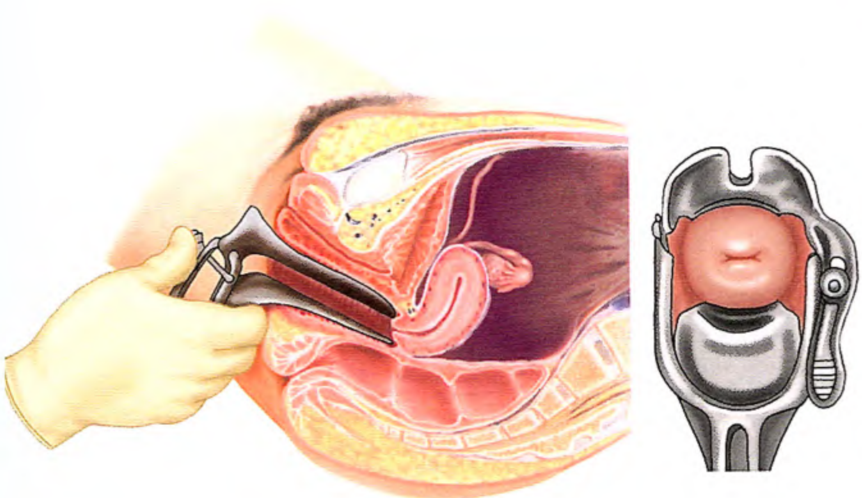


Observaţia culoarea colului, poziţia, caracteristicile suprafeţei, şi eventual ulceraţii, noduli, mase, hemoragie sau secreţii. Inspectaţi orificiul cervical pentru scurgeri.

Vezi Planşa 14–3, Tipuri de suprafeţe cervicale (pag. 548), Planşa 14–4, Forme ale orificiului cervical (pag. 549), şi Planşa 14–5, Patologia colului uterin (pag. 549).

Menţineţi poziţia deschisă a speculului prin strângerea şurubului.

O secreţie gălbuie la nivel endocervical sugerează cervicită mucopurulentă, produsă frecvent de *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae,* sau *herpes simplex* (pag. 546). Leziuni elevate, friabile, sau conopidiforme sugerează *condiloma lata* sau *neoplasm de col uterin.*



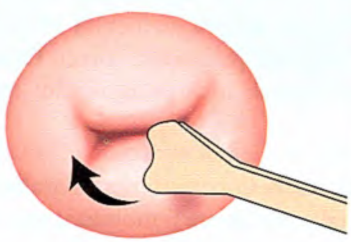
Prelevarea probelor pentru citologia cervicală (frotiu Papanicolaou). Prelevaţi o probă din regiunea endocervicală şi alta din exocol, sau o singură probă combinată utilizând peria cervicală („măturică"). Pentru a obţine rezultate corecte, femeia ar trebui să nu fie în perioada menstruală. Cu 48 de ore înaintea examinării ar trebui să fie abstinentă, să nu utilizeze tampoane, spume sau creme contraceptive, ovule vaginale şi nici să efectueze spălături vaginale. Pe lângă testul Papanicolaou, pregătiţi-vă să efectuaţi cultură pentru *Chlamydia trachomatis* la femeile active sexual cu vârsta de până la 25 ani şi la femeile asimptomatice cu risc crescut de infecţie.[21]

Infecţia cu Chlamydia poate fi asociată cu uretrită, cervicită, boală inflamatorie pelvină, sarcină ectopică, infertilitate, şi durere pelvină cronică. Factorii de risc includ vârsta sub 25 de ani, parteneri multipli, şi antecedente de BTS.

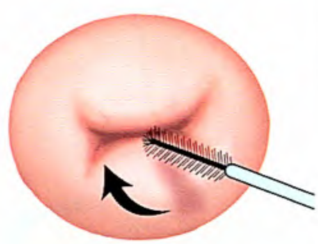
RECOLTAREA PENTRU TESTUL PAPANICOLAOU: OPŢIUNI PENTRU PRELEVAREA PROBELOR

Raclarea colului şi periuţa endocervicală

Raclarea colului. Introduceţi capătul mai lung al racletei în orificiul cervical. Apăsaţi, rotiţi, şi raclaţi până când descrieţi un cerc complet, asigurându-vă că aţi inclus *zona de transformare* şi *joncţiunea scuamo-cilindrică*. Întindeţi proba pe o lamă de sticlă. Aşezaţi lama într-un loc sigur, la îndemână. Raclarea întâi a colului reduce acoperirea celulelor cu sânge, fenomen care se produce câteodată după perierea endocervicală.



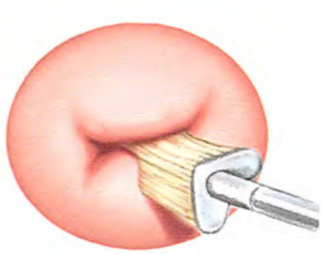
Periuţa endocervicală. Luaţi periuţa endocervicală şi introduceţi-o în orificiul cervical. Rotiţi-o între police şi index, în sensul acelor de ceasornic şi invers. Retrageţi periuţa şi luaţi lama pe care aţi aşezat-o mai devreme. Treceţi periuţa peste lamă uşor, cu o mişcare de pictor, pentru a evita distrugerea celulelor. Plasaţi imediat lama într-o soluţie eter-alcool, sau pulverizaţi pe ea un fixator special.



La femeile gravide, în locul periuţei endocervicale este indicată utilizarea unui aplicator cu vârf din vată, umezit cu o soluţie salină.

Pensula (peria) cervicală

Mulţi medici utilizează o pensulă din plastic cu un capăt ca o perie pentru a recolta o probă ce conţine atât celule epiteliale pavimentoase cât şi celule cilindrice. Rotiţi vârful pensulei în orificiul cervical într-un cerc de 360° în sensul acelor de ceasornic, apoi aplicaţi fiecare parte a pensulei pe o lamă de sticlă. Plasaţi lama imediat în soluţie sau pulverizaţi un fixator cum s-a descris mai sus.



Ca alternativă, puteţi trece proba direct într-o soluţie de conservare astfel încât lama să fie pregătită în laborator (citologie în mediu lichid) (vezi pag. 550).

Inspecţia vaginului. Retrageţi speculul uşor, observând vaginul. În timp ce speculul eliberează colul, eliberaţi şurubul şi menţineţi poziţia deschisă cu ajutorul policelui. Închideţi speculul pe măsură ce iese din introitul vaginal, pentru a nu produce o dilatare excesivă şi a nu ciupi mucoasa. În timpul retragerii, inspectaţi mucoasa vaginală, fiind atenţi la culoarea ei şi eventuale inflamaţii, secreţii, ulceraţii sau mase.

Vezi Planşa 14–6, Secreţii vaginale (pag. 550).

Vaginită cu secreţie cauzată de *Candida, Trichomonas vaginalis*, vaginită bacteriană. Diagnosticul depinde de testele de laborator deoarece sensibilitatea şi specificitatea caracteristicilor secreţiei sunt reduse.[37-39] Neoplasmul vaginal este rar; expunerea la DES in utero şi infecţia cu HPV sunt factori de risc.

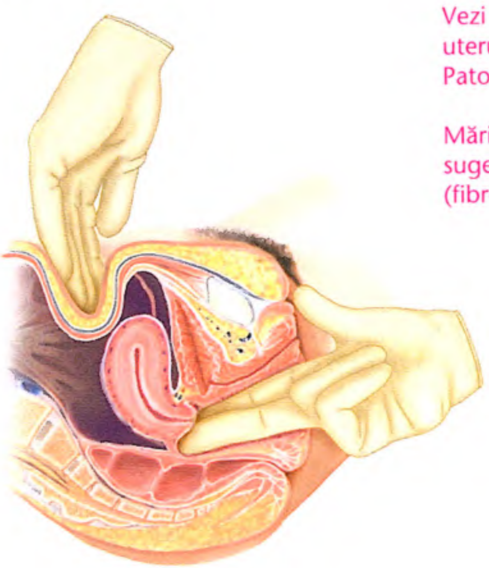
Efectuarea examinării bimanuale. Lubrifiaţi indexul şi mediusul de la una din mâinile acoperite de mănuşi, şi, *din poziţia de ortostatism*, introduceţi-le în vagin, exercitând iniţial o presiune în regiunea posterioară. Mâna examinatoare trebuie să fie cu policele în abducţie, iar inelarul şi degetul mic în flexie pe palmă. Presiunea exercitată de degetele flectate asupra perineului nu produce disconfort şi vă permite să vă poziţionaţi degetele palpatoare corect. Observaţi orice nodul sau sensibilitate a peretelui vaginal, inclusiv la nivelul regiunii anterioare a uretrei şi a vezicii urinare.

Bolul fecal din rect poate simula o masă recto-vaginală, dar spre deosebire de aceasta, poate fi uşor comprimat prin presiune digitală. Examinarea recto-vaginală confirmă diferenţa.

Palpaţi colul uterin, observând poziţia, forma, consistenţa, regularitatea, mobilitatea şi sensibilitatea. În mod normal, colul poate fi mobilizat uşor fără a produce durere. Palpaţi fundurile de sac din jurul colului.

Durerea la mobilizarea colului, însoţită de sensibilitate la nivelul anexelor, sugerează o *boală inflamatorie pelvină*.

Palpaţi uterul. Plasaţi cealaltă mână pe abdomen, aproximativ la jumătatea distanţei dintre ombilic şi simfiza pubiană. În timp ce ridicaţi colul şi uterul cu mâna din pelvis, apăsaţi cu mâna de pe abdomen în jos, încercând să prindeţi uterul între mâini. Evaluaţi dimensiunea, forma, consistenţa şi mobilitatea, şi identificaţi semne de sensibilitate sau mase tumorale.



Vezi Planşa 14–7, Poziţii ale uterului (pag. 551) şi Planşa 14–8, Patologia uterului (pag. 552).

Mărirea de volum a uterului sugerează sarcină, miom uterin (fibrom), sau neoplazie.

Acum, treceţi degetele din pelvis în fundul de sac anterior şi palpaţi corpul uterului între mâini. În această poziţie, cu degetele din pelvis puteţi simţi suprafaţa anterioară a uterului, iar mâna de pe abdomen poate palpa o parte din suprafaţa posterioară.

Nodulii de pe suprafaţa uterului sugerează *mioame* (vezi pag. 552).

Dacă nu puteţi palpa uterul cu nici una dintre aceste manevre, acesta ar putea fi deplasat posterior (retroversie). Treceţi degetele din pelvis în fundul de sac posterior şi simţiţi uterul care proemină la vârful lor. La persoanele obeze sau în cazul unui perete abdominal slab relaxat, chiar dacă uterul este localizat anterior, s-ar putea să nu îl simţiţi.

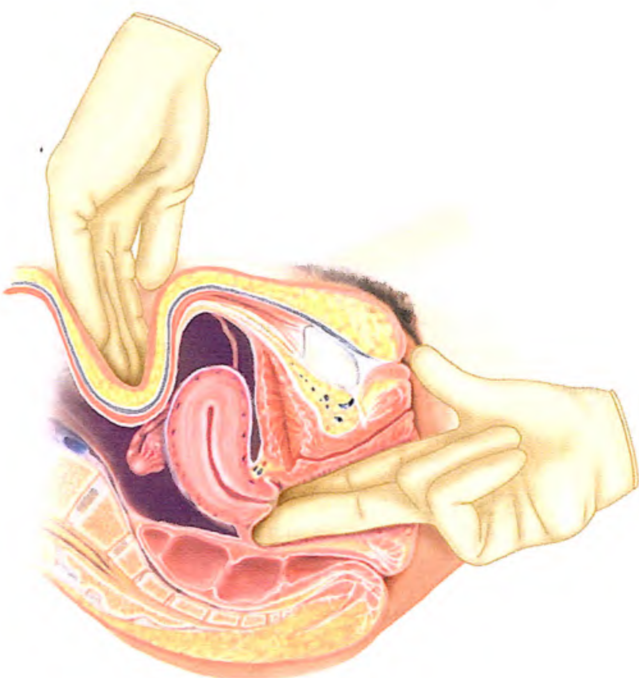
Vezi *retroversia* şi *retroflexia uterului* (pag. 551).

Palpaţi fiecare ovar. Plasaţi mâna de pe abdomen în fosa iliacă dreaptă, iar mâna din pelvis în fundul de sac lateral drept. Aplicaţi presiune cu mâna pe abdomen, încercând să împingeţi anexele către degetele din pelvis. Încercaţi să identificaţi ovarul drept sau orice formaţiune anexială adiacentă. Prin mişcarea uşoară a mâinilor, treceţi structurile anexe între degete, dacă este posibil şi simţiţi mărimea, forma, consistenţa, mobilitatea şi sensibilitatea. Repetaţi paşii pe partea stângă.

La 3–5 ani după menopauză ovarele devin atrofice şi de obicei nu mai pot fi palpate. La femeile aflate în postmenopauză, investigaţi un ovar palpabil pentru un posibil *chist ovarian* sau *cancer*. La femeile cu neoplasm ovarian sunt mai frecvente durerea pelvină, mărirea de volum a abdomenului, şi simptome ale tractului urinar.[40]

Ovarele normale sunt relativ ferme. De obicei sunt palpabile la femeile suple, relaxate, dar sunt dificil sau imposibil de localizat la cele obeze sau insuficient relaxate.

La nivelul anexelor pot exista mase palpabile cauzate de un *abces tubo-ovarian, salpingită* sau inflamaţia trompelor lui Fallopio în cadrul unei BIP, sau de o sarcină ectopică. Diferenţiaţi o astfel de masă de un miom al uterului. Vezi Planşa 14–9, Formaţiuni anexiale (pag. 553).

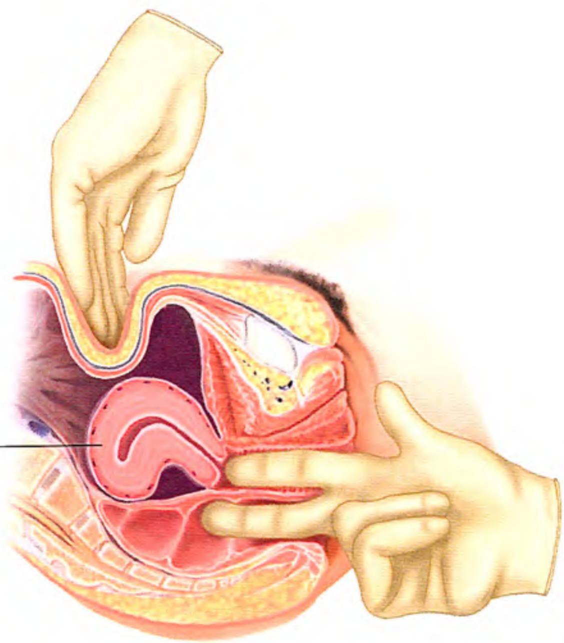


Evaluarea tonusului muşchilor pelvini. Retrageţi uşor cele două degete, eliberând colul, şi depărtaţi-le pentru a atinge pereţii vaginului. Cereţi pacientei să-şi încordeze muşchii în jurul lor, cât de mult şi cât timp poate. O compresie confortabilă a degetelor, ce le atrage în sus şi înăuntru, şi durează 3 secunde sau mai mult este semnul unei contracţii bune.

O contracţie ineficientă se poate datora vârstei, naşterilor pe cale vaginală, sau deficitelor neurologice. Relaxarea pelvină se poate asocia cu incontinenţă urinară de efort.

Efectuarea examinării recto-vaginale. Examinarea recto-vaginală are trei scopuri principale: palparea unui uter retrovers, a ligamentelor utero-sacrale, fundurilor de sac şi anexelor; screening-ul neoplasmului colo-rectal la femeile peste 50 ani; şi evaluarea patologiei pelvine.[36,41]

După ce v-aţi retras degetele la examinarea bimanuală, schimbaţi mănuşile şi lubrifiaţi-vă degetele corespunzător (vezi nota de mai jos despre lubrifianţi). Reintroduceţi uşor indexul în vagin şi mediusul în rect. Cereţi-i pacientei să se încordeze în timpul acestei manevre pentru a-şi relaxa sfincterul anal. Menţionaţi că îi va produce o senzaţie de defecaţie, dar aceasta nu se va întâmpla. Palpaţi pereţii anterior şi laterali cu degetele examinatoare şi, cu mâna de pe abdomen apăsaţi în jos.



Verificaţi dacă există mase în ampula rectală (vezi Cap. 15). Dacă v-aţi propus să efectuaţi un test de sângerări oculte în scaun, ar trebui să vă schimbaţi mănuşile pentru a nu contamina materiile fecale cu sânge provenit de la testul Papanicolaou. După examinare, ştergeţi organele genitale externe şi rectul, sau oferiţi un şerveţel pacientei pentru a se curăţa singură.

Vezi şi Capitolul 15, Anusul, rectul şi prostata, pag. 563

UTILIZAREA LUBRIFIANŢILOR

Dacă folosiţi un tub de lubrifiant în timpul examinării pelvine sau tuşeului rectal, puteţi să-l contaminaţi prin atingerea lui cu mănuşile după ce aţi atins pacienta. Pentru a evita această problemă, lăsaţi lubrifiantul să curgă pe deget, fără a exista contact între tub şi mănuşă. Dacă din greşeală, dumneavoastră sau asistenta aţi contaminat tubul, aruncaţi-l. Tuburile mici, de unică folosinţă, înlătură această problemă.

HERNIILE

Herniile inghinale pot apărea la femei ca şi la bărbaţi, dar nu sunt la fel de frecvente. Tehnicile de examinare (vezi pag. 510–512) sunt practic aceleaşi ca la bărbaţi. Şi la femei examenul trebuie efectuat în ortostatism. Pentru a simţi o hernie inghinală indirectă palpaţi în labia mare şi în sus, imediat lateral de tuberculii pubici.

La femei, cel mai frecvent tip de hernie în regiunea inghinală este hernia inghinală indirectă. Următoarea ca frecvenţă este hernia femurală.

TEHNICI SPECIALE

Dacă suspicionaţi o uretrită sau inflamaţie a glandelor parauretrale, introduceţi indexul în vagin şi presaţi uretra uşor dinspre interior spre exterior. Observaţi orice secreţie la nivelul meatului uretral sau în aria adiacentă. Dacă există, prelevaţi pentru cultură.



COMPRESIUNEA URETREI

Uretrita poate fi consecinţa infecţiei cu *Chlamydia trachomatis* sau *Neisseria gonorrhoeae.*

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru a descrie ceea ce aţi observat în urma examinării, dar în timp veţi utiliza fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului regiunii pelvine – Aparatul genital feminin

„Fără adenopatie inghinală. Organe genitale externe fără eritem, leziuni, sau mase. Mucoasă vaginală de culoare roz. Col multipar, roz, fără secreţii. Uter situat anterior, pe linia mediană, neted, fără mărire de volum. Fără sensibilitate la nivelul anexelor. S-a recoltat pentru frotiu Papanicolaou. Perete recto-vaginal intact. Ampulă rectală fără mase. Scaun de culoare maro şi negativ pentru sângerări oculte."

SAU

„Adenopatie inghinală bilaterală fermă. Organe genitale externe fără eritem sau leziuni. Mucoasa vaginală şi colul acoperite de secreţie albă, omogenă, cu uşor miros fetid. După ştergerea colului, nu se observă secreţie în ostiu. Uter situat pe linia mediană, fără mase la nivelul anexelor. Ampulă rectală fără mase. Scaun de culoare maro şi negativ pentru sângerări oculte."

Sugerează o vaginită bacteriană.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual syndrome. Available at: http://www.acog.org/publications/patient_education/bp057.cfm. Accessed November 2, 2007.
2. van Noord PA, Dubas, Dorland M, et al. Age at natural menopause in a population-based screening cohort: the role of menarche, fecundity, and lifestyle factors. Fertil Steril 68(1): 95–102, 1997.
3. NIH State-of-the Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: management of menopause-related symptoms. Ann Intern Med 142(12, Part 1): 1003–1013, 2002.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: recommendations and rationale. January 2003. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm. Accessed November 2, 2007.
5. Centers for Disease Control and Prevention. HPV, common infection, common reality. In Human Papillomavirus: HPV Information for Clinicians. November 2006. Available at: http://www.cdc.gov/std/hpv/common-infection/Bro-br.pdf. Accessed November 1, 2007.
6. Future II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical infections. New Engl J Med 356(19):1915–1927, 2007.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: cervical cytology screening. ACOG Practice Bulletin No. 45. Obstet Gynecol 102(2):417–427, 2003. Available at: http://www.ipog.com.br/acog_boletim_31.07.03.pdf. See also: ACOG: Revised cervical cancer screening guidelines require reeducation of women and physicians. News release, May 4, 2004. Available at http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr05-04-04-1.cfm; Cervical Cancer Screening Guidelines. Available at: http://www.cdc.gov/std/hpv/ScreeningTables.pdf. Accessed November 2, 2007.
8. American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for Early Detection of Cancer–Cervical Cancer. Available at: http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp. See also: Cervical Cancer Screening Guidelines. Available at: http://www.cdc.gov/std/hpv/ScreeningTables.pdf. Accessed November 2, 2007.
9. Marshall AR. The detection of precancerous cervical lesions can be significantly increased. Arch Pathol Lab Med 147(2): 143–145, 2003.
10. Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. JAMA 291(24):2990–2993, 2004.
11. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 287(16):2114–2119, 2002.
12. Wright TC, Cox JT, Massad JS. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical cytologic abnormalities. JAMA 287(16):2120–2129, 2002.
13. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 56(RR-2):1–24, March 12, 2007.
14. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheller CM, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. N Engl J Med 356(19):1928–1943, 2007.
15. Hildsheim A, Herrero R, Wacholder S, et al. Effect of human papillomavirus 16/18 L1 viruslike particle vaccine among young women with preexisting infection: a randomized trial. JAMA 298(7):743–752, 2007.
16. Steinbrook R. The potential of human papillomavirus vaccines: perspective. N Engl J Med 354(11):1109–1112, 2007.
17. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. JAMA 297(8): 810–813, 2007.
18. Cannistra SA. Cancer of the ovary. N Engl J Med 351(24): 2519–2529, 2004.
19. Workowski KA, Levine WC, Wasserheit JN. U.S. Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: an opportunity to unify clinical and public health practice. Ann Intern Med 137(4):255–262, 2002.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in reportable sexually transmitted diseases in the United States, 2005: national surveillance data for chlamydia, gonorrhea, and syphilis. Available at: http://www.cdc.gov/std/stats/trends 2005.htm. Accessed October 31, 2007.
21. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial infection. June 2007. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspschlm.htm. Accessed November 10, 2007.
22. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection. July 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspssyph.htm. Accessed November 10, 2007.
23. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gonorrhea. May 2005. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsgono.htm. Accessed November 10, 2007.
24. Levine AM. Evaluation and management of HIV-infected women. Ann Intern Med 136(3):228–242, 2002.
25. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for human immunodeficiency virus infection. July 2005, with amendment April 2007. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshivi.htm. Accessed November 10, 2007.
26. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical prevention guidance. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 55(RR-11):2–5, Aug 4 2006.
27. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982–2002. Advance Data from Vital and Health Statistics, No. 350, December 10, 2004, p. 1, Table 9, p. 21. Available at: http://origin.cdc.gov/nchs/data/ad/ad350.pdf. Accessed November 1, 2007.
28. Hulley S, Grady D, Bush T, et al., for the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 280(7):605–613, 1998.

29. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 288(3):321–333, 2002.
30. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. JAMA 291(14):1701–1712, 2004.
31. Hulley SB, Grady D. The WHI estrogen-alone trial—do things look any better? (Editorial). JAMA 291(14):1769–1770, 2004.
32. Shumaker SA, Legault C, Rapp SH, et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. JAMA 289(20):2651–2662, 2003.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG issues state-of-the-art guide to hormone therapy. News release, September 30, 2004. Available at http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr09-30-04-2.cfm. Accessed November 11, 2007.
34. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Task Force on Hormone Therapy. Executive summary, supplemental issue: hormone therapy. Obstet Gynecol 104(4): 104(suppl)1S–4S, 2004.
35. Mosca L, Collins P, Herrington DM, et al. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation 104(4):499–503, 2001.
36. Edelman A, Anderson J, Lai S, et al. Pelvic examination. N Engl J Med 356(26):e26–28, 2007.
37. Anderson MR, Klink K, Cohrssen A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA 291(11):1368–1379, 2004.
38. Eckhert LO. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med 355(12): 1244–1252, 2006.
39. Bickley LS. Acute vaginitis. In Diagnostic Strategies for the Common Medical Problems. Black ER, Panzer RJ, Bordley DR, et al. (eds). Philadelphia: American College of Physicians, 1999.
40. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, et al. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. JAMA 291(22):2705–2712, 2004.
41. Padilla LA, Radosevich DM, Milad MP. Accuracy of the pelvic examination in detecting adnexal masses. Obstet Gynecol 96(4):593–598, 2000.
42. Kimberlin DW, Rouse DJ. Genital herpes. N Engl J Med 350(19):1970–1977, 2004.
43. Erhmann DA. Polycystic ovary syndrome. N Engl J Med 352(12):1223–1236, 2005.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Alvarez-Blasco F, Botella-Carretero JI, San Millan JL, et al. Prevalence and characteristics of the polycystic ovary syndrome in overweight and obese women. Arch Intern Med 166:2081–2086, 2006.

Anderson MR, Klink K, Cohrsson A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA 291(11):368–379, 2004.

Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 287(20): 2701–2710, 2002.

Berek J, Novak E, eds. Berek & Novak's Gynecology, 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, Beral V, Doll R, et al. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. Lancet 371(9609):303–314, 2008.

Datta SD, Sternberg M, Johnson RE, et al. Gonorrhea and chlamydia in the United States among persons 14 to 39 years of age, 1999 to 2002. Ann Intern Med 147(2):89–96, 2007.

Ellis H. Anatomy of the uterus. Anesth Intensive Care Med 6(1): 74–75, 2005.

Future II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. N Engl J Med 356(19):1915–1927, 2007.

Gibbs RS, Danforth DN, eds. Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. Lancet 370(9605): 2127–2137, 2007.

Hammer SM. Clinical practice: management of newly diagnosed HIV infection. N Engl J Med 353(16):1702–1710, 2005.

Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, et al. What type of urinary incontinence does this woman have? JAMA 299(12): 1446–1456, 2008.

Hwang LY, Shafer MA, Pollack LM, et al. Sexual behaviors after universal screening of sexually transmitted infections in healthy young women. Obstet Gynecol 109(1):105–113, 2007.

Katz VL, ed. Comprehensive Gynecology, 5th ed. Philadelphia: Mosby–Elsevier, 2007.

Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodriques I, et al. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. N Engl J Med 357(16):1579–1588, 2007.

Nelson HD. Menopause. Lancet 371(9614):760–770, 2008.

Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV, et al. Causes of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women. Obstet Gynecol 108(5):1185–1191, 2006.

Parmigiani G, Chen S, Iversen ES Jr, et al. Validity of models for predicting BRCA1 and BRCA2 mutations. Ann Intern Med 147(7):441–450, 2007.

Peipert JF. Genital chlamydial infections. N Engl J Med 349(25): 2424–2430, 2003.

Reif S, Whetten K, Thielman N. Association of race and gender with use of antiretroviral therapy among HIV-infected individuals in the Southeastern United States. South Med J 100(8): 775–781, 2007.

Simon V, Ho DD, Abdool Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. Lancet 368(9534): 489–504, 2006.

Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. JAMA 291(24):2990–2993, 2004.

Wooster R, Weber BL. Breast and ovarian cancer. N Engl J Med 348(23):2339–2347, 2003.

Xu F, Sternberg MR, Kottiri BJ, et al. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. JAMA 296(8):964–973, 2006.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

Patologia vulvară



Chistul epidermoid

Un nodul chistic, mic, ferm şi rotund la nivelul labiei sugerează un chist epidermoid. Aceste chisturi sunt de culoare gălbuie. Căutaţi punctul negru ce marchează orificiul obstruat al glandei.



Vegetaţii veneriene *(Condyloma acuminatum)*

Leziuni conopidiforme la nivelul labiilor şi în jurul vestibulului sugerează condiloame acuminate (veruci vulgare). Apar ca urmare a infecţiei cu ***papilomavirus uman** (HPV)*.



Şancru sifilitic

Un ulcer ferm, nedureros sugerează un şancru de sifilis primar. Deoarece majoritatea şancrelor la femei se dezvoltă intern, de obicei trec neobservate.



Sifilis secundar *(Condyloma latum)*

Condiloma lata este sugerată de papule uşor elevate, rotunde sau ovalare, aplatizate, acoperite de un exsudat cenuşiu. Ele constituie una din manifestările sifilisului secundar şi sunt contagioase.



Herpesul genital[42]

Ulcere superficiale, mici, dureroase, înconjurate de eritem sugerează o infecţie herpetică. Infecţia iniţială poate fi extinsă, ca în imagine. De obicei infecţiile recurente conflueazǎ şi formează un placard local mic.



Carcinomul vulvar

O leziune vulvară ulcerată sau eritematoasă şi elevată la o femeie în vârstă poate indica un carcinom vulvar.

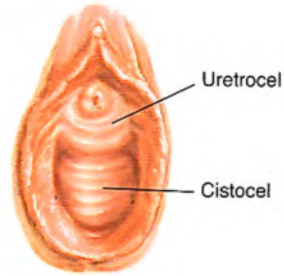
PLANŞA 14-2

Tumefacţii şi tumori ale vulvei, vaginului şi uretrei



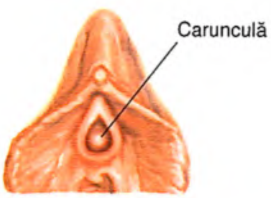
Cistocelul

Cistocelul se formează prin hernierea vezicii urinare la nivelul celor două treimi superioare ale peretelui vaginal anterior, unde formează o proeminenţă. Rezultă ca urmare a slăbirii ţesuturilor de suport.



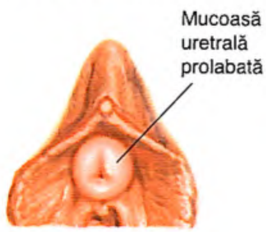
Cisto-uretrocelul

Cisto-uretrocelul apare prin hernierea vezicii urinare şi a uretrei, proeminenţă care afectează întregul perete vaginal anterior. Uneori este prezent un şanţ care delimitează uretrocelul de cistocel, dar nu se observă întotdeauna.



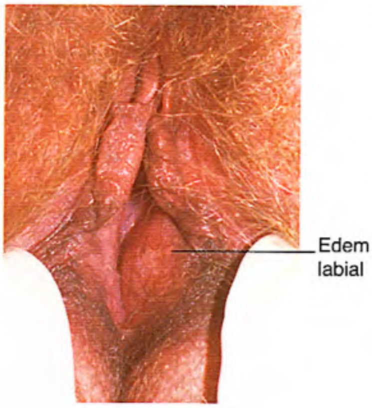
Caruncula uretrală

Caruncula uretrală este o tumoră mică eritematoasă, benignă, vizibilă în partea posterioară a meatului uretral. Apare în special la femeile aflate în postmenopauză şi de obicei este asimptomatică. Ocazional, un carcinom al uretrei este confundat cu o carunculă. Pentru a verifica, palpaţi uretra prin vagin pentru a simţi îngroşări, nodozităţi sau sensibilitate; apoi evaluaţi o eventuală limfadenopatie inghinală.



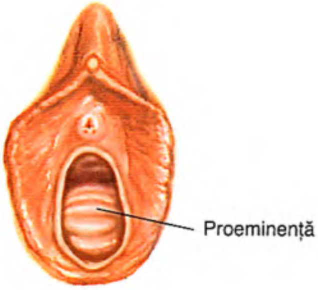
Prolapsul mucoasei uretrale

Mucoasa uretrală prolabată formează o structură inelară eritematoasă, edemaţiată, în jurul meatului uretral. Apare de obicei înainte de menarhă sau după menopauză. Identificaţi meatul uretral în centrul structurii prolabate pentru a stabili diagnosticul.



Infecţia glandei Bartholin

Cauze ale infecţiei glandei Bartholin pot fi: traumatisme, gonococi anaerobi cum sunt bacteroides şi peptostreptococi, şi *Chlamydia trachomatis.* În infecţia acută apare ca un abces în tensiune, cald, foarte dureros. Observaţi dacă din duct se scurge puroi sau dacă există eritem în jurul orificiului ductului. În infecţia cronică se palpează un chist nedureros, de dimensiune mare sau mică.



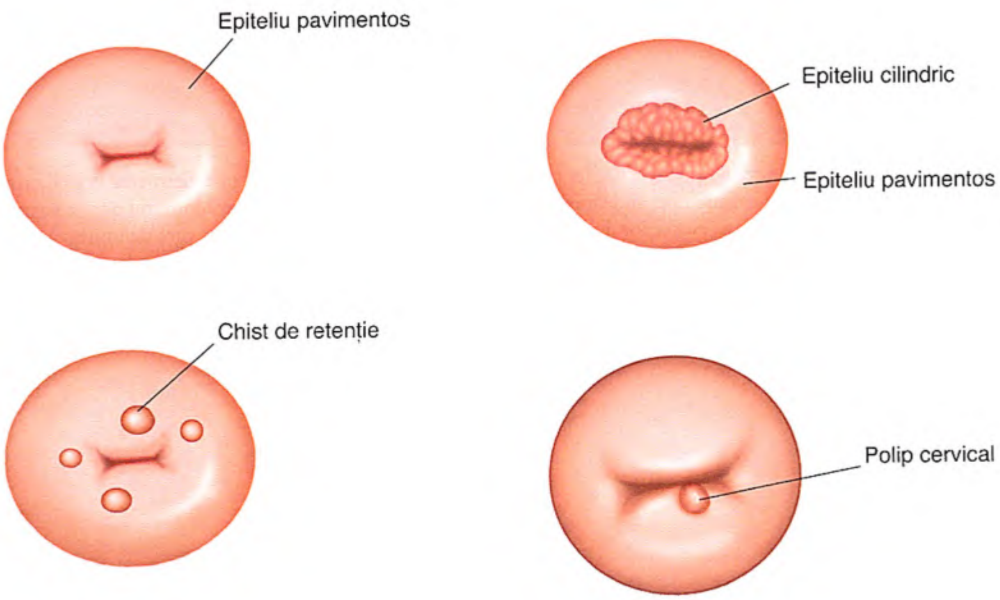
Rectocelul

Rectocelul reprezintă hernierea rectului în peretele posterior al vaginului; este cauzat de scăderii rezistenţei sau de un defect al fasciei endopelvine.

PLANȘA **14-3**

Tipuri de suprafețe cervicale

Colul uterin este acoperit de două tipuri de epitelii: (1) *epiteliu pavimentos* roz, lucios, asemănător cu epiteliul vaginal, şi (2) *epiteliu cilindric* roşu, catifelat, care se continuă cu epiteliul endocolului. Ele se întâlnesc la nivelul *joncțiunii scuamo-cilindrice*. Când joncţiunea se află la nivelul sau în ostiul cervical, se observă doar epiteliul pavimentos. Un inel format din epiteliu cilindric, cu întindere variabilă, poate fi vizibil în jurul ostiului şi este rezultatul unui proces normal ce apare în dezvoltarea fetală, menarhă şi în timpul primei sarcini.*



În timpul adolescenţei, odată cu intensificarea stimulării estrogenice, tot epiteliul cilindric sau o parte din el se transformă în epiteliu pavimentos printr-un proces numit *metaplazie*. Această schimbare poate bloca secreţiile epiteliului cilindric şi produce *chisturi de retenție*, numite şi *chisturi Naboth*. Acestea apar ca noduli translucizi pe suprafaţa cervicală şi nu au o semnificaţie patologică.

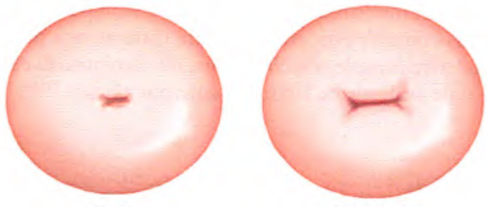
Un polip cervical se formează de obicei în canalul endocervical şi devine vizibil atunci când protruzionează prin orificiul cervical. Este o formaţiune moale, relativ fragilă, de culoare roşu aprins. Când este vizibil numai vârful, nu poate fi diferenţiat din punct de vedere clinic de un polip cu origine în endometru. Polipii sunt formaţiuni benigne, dar pot sângera.

*Terminologia este în continuă schimbare. Alţi termeni folosiţi pentru epiteliul cilindric ce este vizibil la nivelul ectocervixului sunt *ectropion*, *ectopie* şi *eversiune*.

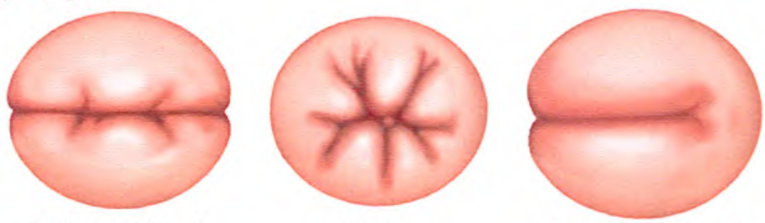
PLANȘA 14-4

Forme ale orificiului cervical

Normal



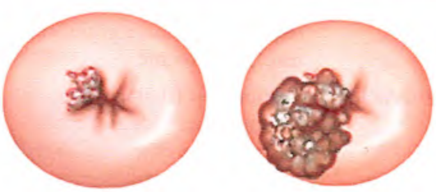
Tipuri de lacerații după naștere



PLANȘA 14-5

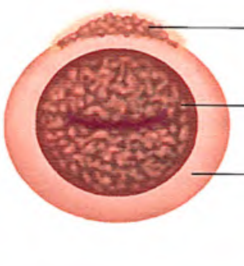
Patologia colului uterin





Cervicita mucopurulentă

Cervicita mucopurulentă produce o scurgere purulentă, galbenă, din ostiul cervical, de obicei ca urmare a infecției cu *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae*, sau herpes. Aceste infecții sunt transmise pe cale sexuală și pot fi asimptomatice.



Carcinomul de col uterin

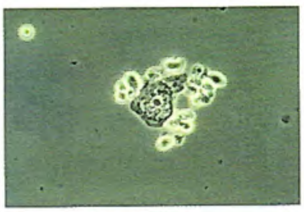
Carcinomul de col își are originea într-o zonă de metaplazie. În primele stadii nu poate fi diferențiat de colul normal. Într-un stadiu avansat se dezvoltă o formațiune conopidiformă, extinsă, neregulată. Riscul cancerului de col este crescut de următorii factori: începerea timpurie a vieții sexuale, parteneri multipli, fumatul și infecția cu papilomavirus uman.

Expunerea fetală la dietilstilbestrol (DES)

Fiicele femeilor care au urmat tratament cu DES în timpul sarcinii au un risc mult crescut de a dezvolta diverse anomalii, inclusiv: (1) epiteliu cilindric ce acoperă aproape în întregime sau tot colul, (2) adenoză vaginală, adică extinderea acestui epiteliu la peretele vaginal, și (3) un manșon sau strat de țesut circular, între col și vagin. Mult mai puțin frecvent este un tip de carcinom al porțiunii superioare a vaginului.

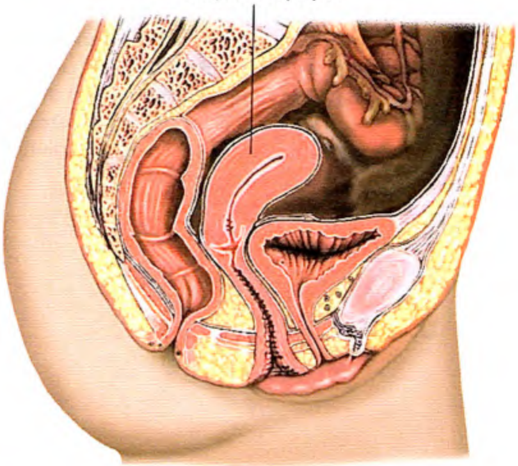
PLANȘA 14-6 Secreții vaginale

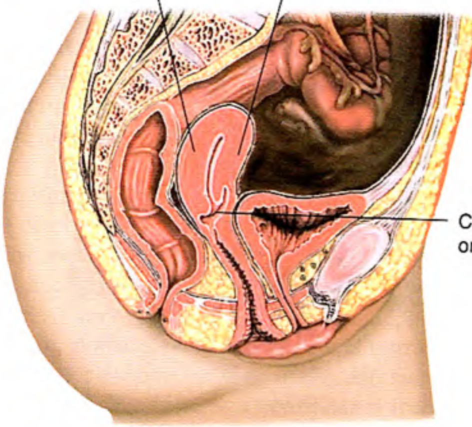
Scurgerea în cazul unei vaginite trebuie diferențiată de o secreție fiziologică. Aceasta este translucidă sau albă, poate conține aglomerări albe de celule epiteliale și nu este urât mirositoare. De asemenea este important de diferențiat secrețiile vaginale de cele ale colului. Folosiți un tampon mare de vată pentru a șterge colul. Dacă în ostiu nu este prezentă nici o secreție cervicală, atunci suspectați originea vaginală și luați în considerare cauzele posibile de mai jos. Amintiți-vă că diagnosticul de cervicită sau vaginită este susținut de colectarea atentă a probei și de analizele de laborator corespunzătoare.[37,38]

	Vaginita tricomoniazică	Vaginita candidozică	Vaginita bacteriană
			
Cauză	*Trichomonas vaginalis,* un protozoar; deseori, dar nu întotdeauna, transmisă pe cale sexuală	*Candida albicans,* o ciupercă (creștere anormală a florei vaginale); mulți factori predispozanți, inclusiv terapia antibiotică	Creștere bacteriană, în special floră anaerobă; se poate transmite pe cale sexuală
Secreție	Verde–gălbui sau cenușie, posibil spumoasă, deseori abundentă, se acumulează în fundurile de sac vaginale; poate fi urât mirositoare	Albă și brânzoasă; poate fi apoasă, dar de obicei este vâscoasă; nu la fel de abundentă ca în infecția cu Trichomonas; nu este urât mirositoare	Cenușie sau albă, apoasă, omogenă, urât mirositoare; îmbracă pereții vaginali; de obicei nu este abundentă, poate fi în cantitate minimă
Alte simptome	Prurit (de obicei nu este la fel de sever ca în infecția cu *Candida*); disurie (din cauza inflamației tegumentului sau a posibilei uretrite); dispareunie	Prurit; durere vaginală; disurie (cauzată de inflamația tegumentului); dispareunie	Miros neplăcut de pește sau fad genital
Mucoasa vulvară și vaginală	Vestibulul și labiile mici pot fi eritematoase. Mucoasa vaginală poate fi difuz eritematoasă, cu mici pete roșii granulare sau peteșii în fundul de sac posterior. În afectările ușoare, mucoasa poate avea aspect normal.	Vulva și chiar tegumentul perivulvar prezintă frecvent inflamație, și uneori edem cu extindere variabilă. Mucoasa vaginală deseori eritematoasă, cu placarde albe, aderente, de secreție. Raclajul acestor placarde poate produce mici hemoragii la nivelul mucoasei. În formele ușoare, mucoasa are aspect normal.	Atât vulva cât și mucoasa vaginală sunt de obicei normale.
Explorări de laborator	Examen microscopic după preparare cu soluție salină, pentru identificarea Trichomonas.	Examen microscopic după preparare cu hidroxid de potasiu (KOH) pentru hife de *Candida*.	Examen microscopic pentru *celule „clue"* (celule epiteliale cu bacterii atașate de membrană) după preparare cu soluție salină; mirosul de pește se simte după aplicarea de KOH (testul aminelor volatile); secreție vaginală cu pH>4,5.

Poziţii ale uterului

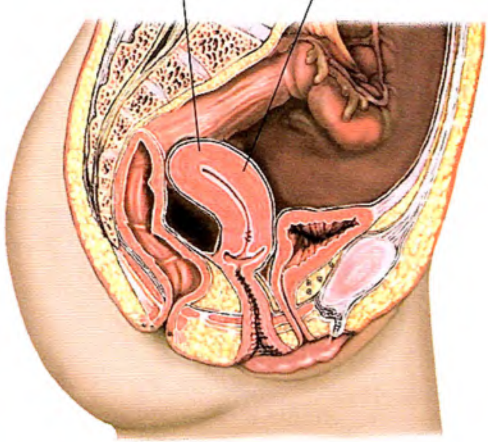
Retroversia şi retroflexia uterului sunt de obicei variante normale.





Retroversia uterului

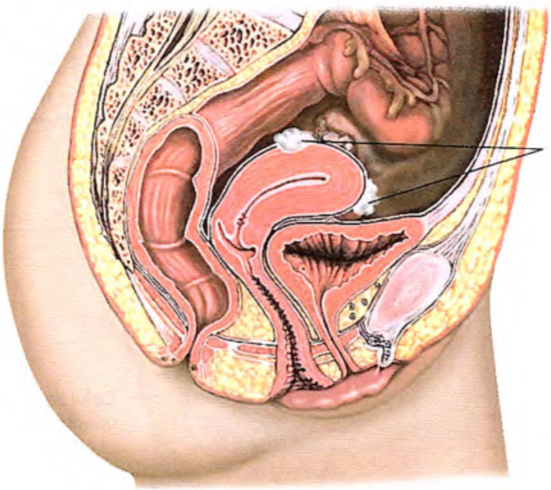
Retroversia uterului se referă la o înclinare posterioară a întregului organ, inclusiv corpul şi colul. Este o variantă frecventă întâlnită la aproximativ 20% dintre femei. Indicii precoce în timpul examinării pelvine sunt colul orientat anterior şi un corp uterin care nu poate fi palpat de mâna de pe abdomen. În *retroversia moderată*, corpul nu poate fi palpat de nici una dintre mâini. În *retroversia marcată*, corpul poate fi simţit posterior, fie prin fundul de sac posterior, fie prin rect. Uterul retrovers este de obicei mobil şi asimptomatic. Ocazional, poate fi fixat şi imobil, în afecţiuni cum sunt endometrioza sau boala inflamatorie pelvină.



Retroflexia uterului

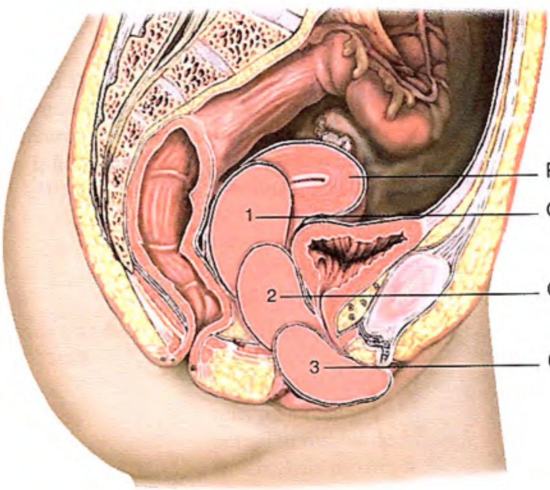
Retroflexia uterului se referă la unghiul cu deschiderea posterioară pe care îl face corpul uterului cu colul. Colul îşi menţine poziţia obişnuită. Corpul uterului este deseori palpabil prin fundul de sac posterior sau prin rect.

Patologia uterului



Mioamele uterului (fibroamele)

Mioamele sunt tumori uterine benigne, frecvent întâlnite. Pot fi unice sau multiple, variază ca mărime, ocazional atingând dimensiuni masive. La palpare au consistența unor noduli fermi, neregulaţi, ce se continuă cu suprafaţa uterină. Uneori, un miom cu localizare laterală poate fi confundat cu o formaţiune ovariană; iar un nodul posterior poate fi confundat cu un uter retroflex. Mioamele submucoase proemină în cavitatea endometrială şi nu pot fi palpate, dar se poate ridica suspiciunea deoarece uterul este mărit de volum.



Prolapsul uterului

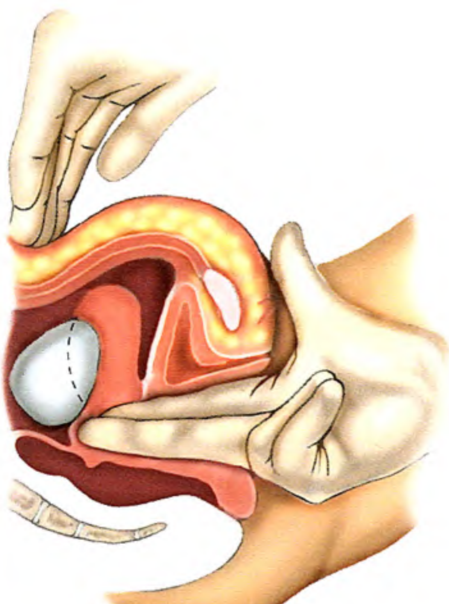
Prolapsul uterin apare ca urmare a slăbirii structurilor de susţinere care alcătuiesc planşeul pelvin şi se asociază deseori cu un cistocel sau rectocel. În stadiile avansate, uterul devine retrovers şi coboară în canalul vaginal către introitul vaginal:

- În *prolapsul de grad 1* colul uterin este în vagin.
- În *prolapsul de grad 2* colul este la nivelul introitului.
- În *prolapsul de grad 3* (procidentia uteri) colul şi vaginul sunt în afara introitului.

PLANŞA

14-9 Formaţiuni anexiale

Formaţiunile anexiale apar cel mai frecvent ca urmare a unor afecţiuni ale tubelor uterine sau ovarelor. Sunt descrise trei exemple – deseori dificil de diferenţiat. În plus, boala inflamatorie a intestinului (cum ar fi diverticulita), carcinomul de colon şi miomul pediculat al uterului pot mima o tumoră la nivelul anexelor.



Chisturile ovariene şi cancerul ovarian

Chisturile şi tumorile ovariene pot fi palpate ca mase la nivelul anexelor uni- sau bilateral. În timp, se pot extinde şi depăşesc pelvisul. Chisturile sunt netede şi compresibile, pe când tumorile au consistenţă mai solidă şi deseori nodulară. Chisturile necomplicate sunt de obicei nedureroase.

La o femeie tânără, formaţiunile chistice mici (diametru ≤6 cm), mobile, sunt de obicei benigne şi deseori dispar după următoarea perioadă menstruală. Diagnosticul de *sindrom de ovare polichistice* se bazează pe excluderea mai multor afecţiuni endocrine şi prezenţa a 2 din următoarele 3: menstre absente sau neregulate; hiperandrogenism (hirsutism, acnee, alopecie, nivel seric crescut al testosteronului); şi confirmarea ovarelor polichistice la ecografie. Alţi factori care orientează spre acest diagnostic sunt obezitatea şi absenţa lactaţiei.[43]

Cancerul ovarian este relativ rar şi de obicei în momentul diagnosticului este deja avansat.[18] Simptomele includ: durere pelvină, balonare, mărire de volum a abdomenului, şi simptome de tract urinar[40]; deseori se poate palpa o masă ovariană. În prezent nu există teste screening sigure. Un factor de risc important este istoricul familial de cancer de sân sau ovarian, dar acesta este prezent numai la 5% din cazuri.

Sarcina tubară ruptă

O sarcină tubară ruptă determină hemoragie în cavitatea peritoneală, însoţită de sensibilitate şi durere abdominală severă. În unele cazuri se asociază contractură şi apărare musculară. Ar putea fi palpată o masă anexială unilaterală, dar durerea nu permite. Ca urmare a hemoragiei pot apărea lipotimie, sincopă, greaţă, vărsături, tahicardie şi şoc. Din anamneză putem reţine amenoreea sau alte simptome ce însoţesc sarcina.

Boala inflamatorie pelvină

Boala inflamatorie pelvină (BIP) este cauzată cel mai frecvent de o infecţie cu transmitere sexuală la nivelul tubelor uterine (salpingită) sau a tubelor şi ovarelor (salpingo-ooforită). Agentul etiologic poate fi *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis,* şi alte organisme. Inflamaţia *acută* se caracterizează prin anexe foarte sensibile bilateral, deşi durerea şi contractura musculară le fac aproape imposibil de delimitat. Mobilizarea colului produce durere. Dacă nu este tratată, se poate complica cu un *abces tubo-ovarian* sau infertilitate.

Infecţia tubelor uterine şi a ovarelor poate surveni şi în urma naşterii sau a unei intervenţii în sfera ginecologică.

C A P I T O L U L

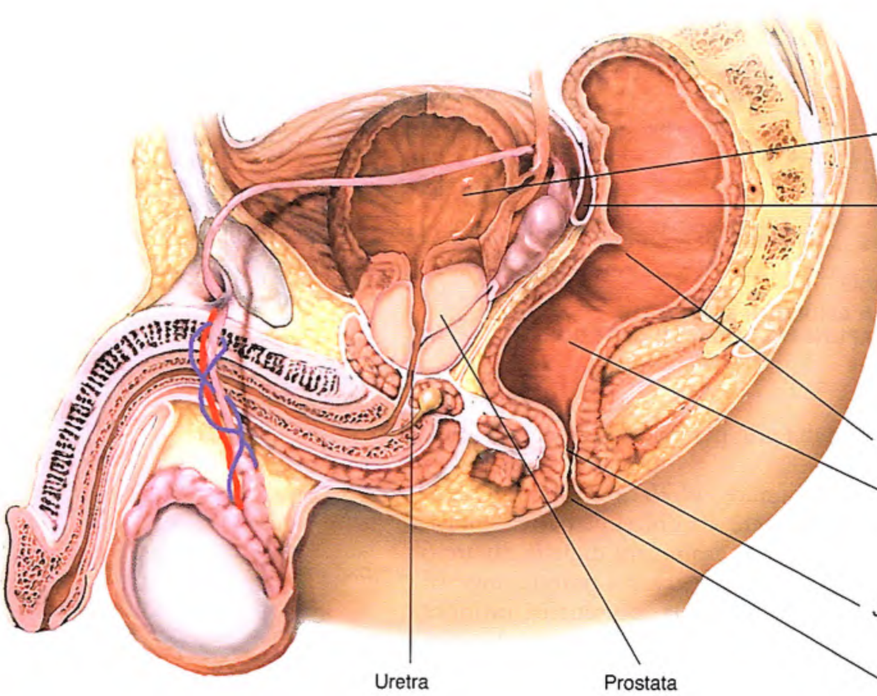
Anusul, rectul și prostata

15

ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

Tractul gastro-intestinal se termină cu un segment scurt, *canalul anal.* Marginea externă a acestui canal este slab demarcată, dar epiteliul său umed, lipsit de păr, se diferenţiază de tegumentul perianal. În mod obişnuit, canalul anal este menţinut închis cu ajutorul *muşchiului sfincter anal extern* aflat sub control voluntar şi a *muşchiului sfincter anal intern*, sub control vegetativ. Acesta din urmă reprezintă o extensie a stratului muscular al peretelui rectal.

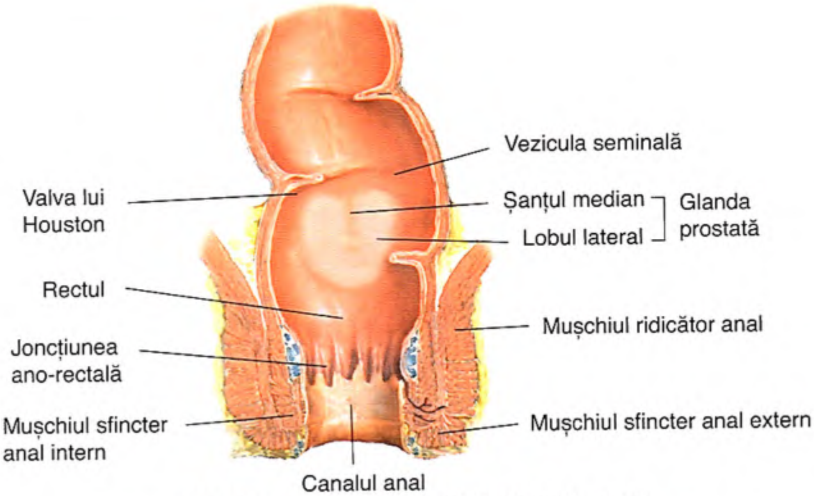
Observaţi cu atenţie unghiul canalului anal, pe un traiect între anus şi ombilic. Spre deosebire de rect, canalul este bogat inervat de nervi senzitivi somatici,



iar o manevră nepotrivită de examinare digitală sau instrumentală va produce durere.

Delimitarea canalului anal de rect este realizată de o linie zimţată care marchează trecerea de la tegument la membrana mucoasă. Această joncţiune ano-rectală, numită şi *„linea pectineală"* sau *linia dinţată*, este de asemenea limita dintre inervaţia somatică şi cea viscerală. Linia dinţată este uşor de vizualizat la examenul rectoscopic, dar nu se poate palpa.

Deasupra joncţiunii ano-rectale, rectul se dilată şi are un traiect posterior către coccis şi sacru. La bărbat, cei trei lobi ai *glandei prostate* înconjoară uretra. În copilărie, glanda prostată este de dimensiuni mici, dar între pubertate şi vârsta de aproximativ 20 ani, creşte în dimensiuni de aproape cinci ori. Volumul prostatei creşte suplimentar în momentul în care glanda devine hiperplazică (vezi pag. 567). Cei doi lobi laterali vin în raport cu peretele anterior al rectului, unde sunt palpabili sub forma unei structuri rotunjite, în formă de inimă, cu lungime de aproximativ 2,5 cm. Sunt separaţi de un *şanţ median* superficial, de asemenea palpabil. Al treilea lob, cel median, este situat anterior de uretră şi nu poate fi examinat. *Veziculele seminale*, care au formă de „urechi de iepure", sunt situate deasupra prostatei şi de asemenea nu pot fi palpate.



SECȚIUNE FRONTALĂ A ANUSULUI ȘI RECTULUI, VEDERE POSTERIOARĂ, CU EXPUNEREA PERETELUI ANTERIOR

La femeie, *colul uterin* este de obicei palpabil prin peretele anterior al rectului.

Peretele rectului are trei pliuri transversale, numite *valvele lui Houston*. Dintre acestea, cea situată inferior poate fi uneori palpată, de obicei pe partea stângă. Cea mai mare parte a rectului care este accesibilă examinării digitale nu are o suprafaţă peritoneală, cu excepţia rectului anterior, pe care îl puteţi atinge cu vârful degetului examinator. În inflamaţia peritoneală examinarea produce sensibilitate la palpare, iar dacă există metastaze peritoneale rectul poate prezenta noduli.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Modificări ale tranzitului intestinal
- Sânge în scaun
- Durere la defecaţie; hemoragie sau sensibilitate rectală
- Veruci sau fisuri anale
- Jet urinar slab
- Disurie

În alte capitole au fost discutate multe întrebări despre simptome cu privire la zona ano-rectală şi prostată. De exemplu, va trebui să întrebaţi dacă au existat modificări ale funcţiei intestinale sau ale mărimii ori calibrului scaunului. Dar diaree sau constipaţie? De asemenea, trebuie să aflaţi culoarea scaunelor. Reveniţi la pag. 424-425 şi revedeţi anamneza referitoare la aceste simptome, precum şi chestionarele despre prezenţa *sângelui în scaun*, care se poate manifesta prin scaune de culoare neagră, sugestive pentru *melenă*, prin sânge roşu în *hematochezie*, sau prin hemoragie *per rectum* cu *sânge roşu aprins*. Este prezent şi mucus?

Vezi Planşa 11–3, Constipaţia, pag. 457, şi Planşa 11–5, Scaune negre şi sangvinolente, pag. 460.

Modificările tranzitului intestinal, în special apariţia scaunelor subţiri de calibrul unui creion, pot fi semnul unui *neoplasm de colon*. Prezenţa sângelui din scaun poate indica polipi sau neoplasme, hemoragii gastrointestinale, sau hemoroizi locali; mucusul poate indica prezenţa unui *adenom vilos*.

Asiguraţi-vă că aţi întrebat despre antecedentele personale sau heredo-colaterale de polipi colonici şi cancer colo-rectal. Există un istoric de boală inflamatorie intestinală?

Răspunsurile pozitive la aceste întrebări indică un risc crescut de cancer colo-rectal şi necesită investigaţii suplimentare şi menţinerea sub observaţie (vezi recomandările de screening, Cap. 11, pag. 431–433).

Există durere la defecaţie? Dar prurit? O sensibilitate extremă la nivelul anusului sau rectului? Există vreo secreţie muco-purulentă sau hemoragie? Dar ulceraţii? Pacientul practică sexul anal?

Pruritul, durerea ano-rectală, tenesmele şi secreţia indică *proctită*, iar sângerarea indică prezenţa infecţiei sau *abcesului rectal*. Cauzele includ gonoreea, chlamydia, limfogranulomatoza veneriană, actul sexual anal, ulceraţii produse de virusul *herpes simplex*, şancrul din *sifilisul primar* (vezi Planşa 13–2 pag. 516). La pacienţii tineri pruritul poate fi cauzat de oxiuri.

Are în antecedente veruci sau fisuri anale?

Verucile genitale sunt produse de *virusul papiloma uman*, sau *condiloma lata* în sifilisul secundar. Fisuri anale în *proctită, boala Crohn*.

Pentru bărbaţi, revedeţi modificările la nivel urinar (pag. 427–428). Pacientul are dificultăţi în iniţierea micţiunii sau reţinerea jetului urinar? Debitul este prea mic? Care este frecvenţa urinării, în special în timpul nopţii? Există disurie sau senzaţie de arsură în timpul micţiunii? Există sânge în urină sau spermă, ori durere la ejaculare? Apare frecvent durere sau rigiditate în zona lombară, a şoldurilor sau în regiunea superioară a coapselor?

Aceste simptome sugerează obstrucţia uretrală prezentă în *hiperplazia benignă de prostată (HBP)* sau în *neoplasmul de prostată*, în special la bărbaţii cu vârsta peste 70 ani. Cu ajutorul Indexului simptomelor AUA se cuantifică severitatea HBP şi necesitatea consultului de specialitate.[1] Vezi Planşa 15–1, Scorul-index al simptomelor HBP: Asociaţia Americană de Urologie (AUA), pag. 567.

De asemenea, la bărbaţi, este prezentă o senzaţie de disconfort sau presiune în zona prostatei, la baza penisului? Se asociază cu stare de rău general, febră, frison?

Sugerează o posibilă *prostatită*.

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Screening pentru cancerul de prostată
- Screening pentru polipi sau neoplasm colo-rectal
- Consiliere despre bolile cu transmitere sexuală

Screening-ul pentru cancerul de prostată. Neoplasmul de prostată este cel mai frecvent tip de cancer diagnosticat la bărbaţi în SUA, şi reprezintă a treia cauză de deces la persoanele de sex masculin, după cancerul pulmonar şi cel de colon.[2] Deşi riscul de diagnostic în timpul vieţii este ridicat (aproximativ 17%), riscul biologic şi rata mortalităţii sunt de numai 3%. Aproximativ 60% din celulele canceroase sunt „limitate la organ" în momentul stabilirii diagnosticului, iar diseminarea în afara capsulei prostatei este lentă.[3] Vârsta, etnia şi istoricul familial sunt principalii factori de risc.

- *Vârsta.* Riscul cancerului de prostată creşte brusc cu fiecare decadă peste vârsta de 50 ani. Probabilitatea de diagnostic creşte odată cu grupa de vârstă, de la 2,6% la bărbaţii între 40–59 ani, la 7% la cei între 60–69 ani, şi 13% la bărbaţii de peste 70 ani.[2]

- *Etnia.* Din motive nedeterminate, ratele de incidenţă sunt semnificativ mai mari la afro-americani decât la caucazieni: 243 cazuri la 100.000, faţă de 156 cazuri la 100.000, chiar şi după ajustări în funcţie de accesul la serviciile de sănătate.[2] La bărbaţii afro-americani cancerul de prostată apare la o vârstă mai tânără şi în faze mai avansate.

- *Istoricul familial.* Aproximativ 15% din bărbaţii diagnosticaţi cu neoplasm de prostată au o rudă de gradul întâi afectată.[4] Un studiu scandinav efectuat la gemeni pune pe seama moştenirii genetice 42% cazuri.[5] Se pare că alele rare

autozomal dominante contribuie la dezvoltarea timpurie a cancerului de prostată, şi câteva alele X-linkate sunt cercetate în familiile cu debut tardiv al afecţiunii.[6]

- *Dieta*. Diverse studii au sugerat o asociere între grăsimile alimentare, în special cele saturate şi cele de origine animală, şi riscul de cancer de prostată. Totuşi dovezile nu au fost concludente.[4,6] Alţi factori care pot influenţa apariţia bolii includ seleniul, vitaminele E şi D, licopenul şi izoflavonele.[7]

Abordarea optimă a *screening*-ului pentru cancerul de prostată rămâne un subiect controversat. În 2002, Centrul pentru Controlul şi Prevenirea Bolilor din SUA nu a găsit suficiente probe pentru a recomanda sau a contraindica screening-ul de rutină realizat prin *dozarea antigenului specific prostatic (PSA)* sau *tuşeul rectal digital (TRD)*, deoarece datele obţinute nu sprijineau ipoteza conform căreia detectarea precoce a cancerului s-ar asocia cu o evoluţie favorabilă.[8] Societatea Americană pentru Cancer şi Asociaţia Americană de Urologie recomandă asocierea TRD cu dozarea PSA începând de la vârsta de 50 ani, respectiv 40 ani pentru afro-americani şi bărbaţii cu un istoric familial pozitiv, ceea ce se practică în mod curent în prezent.[2,9] În medie, detectarea bolii folosind doar TRD este de 2,5–3,2%, creşte la 4,6% utilizând doar dozarea PSA, şi ajunge la 4,5-6% când se folosesc ambele metode sau se adaugă ecografia transuretrală.[10] TRD localizează tumorile de pe feţele laterale şi posterioară ale prostatei, dar ratează 25–35% din cancerele cu altă localizare la nivelul glandei. Deşi sensibilitatea şi specificitatea TRD sunt mici, estimate la 59% şi respectiv 94%[11], permite totuşi detectarea nodulilor, a induraţiei sau asimetriei marcate între lobi. Determinarea PSA este foarte puţin influenţată de TRD, deci ambele metode pot fi utilizate în timpul aceleiaşi consultaţii. În cazul unui screening populaţional larg, utilizând o valoare prag de 4,0 ng/ml pentru PSA, TRD şi PSA au fost pozitive la 7% până la 11%, şi respectiv 7% până la 9%. După cum era de aşteptat, rezultatele pozitive ale ambelor metode au crescut odată cu vârsta.[12]

Interpretarea rezultatelor PSA este grevată de dileme clinice. De la apariţia dozării PSA, majoritatea bărbaţilor diagnosticaţi cu neoplasm de prostată sunt asimptomatici şi au tumori nepalpabile. Noi date au determinat revizuirea valorii prag iniţiale de 4,0 ng/ml ca fiind limita superioară a „normalului". La momentul efectuării biopsiei (considerând valoarea prag amintită), aproximativ o treime din tumori invadaseră marginile prostatei şi o depăşiseră (PSA fals negativ). În cadrul unui studiu clinic pentru prevenţia cancerului de prostată, biopsia a identificat prezenţa cancerului la 15% din bărbaţii cu valoarea PSA sub 4,0 ng/ml. Cancerul a fost prezent la toate nivelurile PSA: la 10% din cei cu nivel PSA cuprins între 0,6 şi 1,0 ng/ml, la 24% din cei cu PSA între 2,1 şi 3,0 ng/ml, şi la 27% din cei cu PSA între 3,1 şi 4,0 ng/ml.[13] Cercetătorii susţin începerea screening-ului la vârsta de 40 ani, „un predictor mai bun al riscului de cancer al prostatei decât etnia, istoricul familial, sau modificările determinate la examinarea digitală a prostatei"; continuarea screening-ului după vârsta de 70 ani la cei cu speranţă bună de viaţă; o valoare prag pentru biopsie de 2,5 ng/ml; şi urmărirea cu atenţie a *dinamicii* PSA, respectiv creşterea nivelului PSA de-a lungul unui an.[14] Ţineţi cont, totuşi, de faptul că anumite afecţiuni benigne cum sunt hiperplazia, prostatita, ejacularea, retenţia urinară şi biopsia de prostată pot duce la creşterea valorii PSA (rezultat fals pozitiv). Dacă valoarea PSA este crescută, este prudent să repetaţi testul.

La bărbaţii *cu simptome* de suferinţă prostatică, rolul clinicianului este bine stabilit. Revedeţi simptomele afecţiunilor prostatei – golirea incompletă a vezicii,

polakiurie, senzaţia imperioasă de a urina, jet urinar slab sau întrerupt, efort la iniţierea micţiunii, hematurie, nicturie, sau chiar dureri la nivelul oaselor pelvisului. Bărbaţii pot avea reţineri în a raporta aceste simptome, dar trebuie încurajaţi să solicite consult de specialitate pentru diagnostic şi tratament din timp.

Screening-ul pentru cancerul colo-rectal. Recomandările de screening pentru a îmbunătăţi detecţia cancerului colo-rectal (CCR) au fost recent revizuite, după cum s-a discutat la pag. 431-433.[15-18] Clinicienii au dezaprobat ratele screening-ului pentru CCR şi ar trebui să promoveze ghidurile de screening mai agresiv.[17,19,20] Pe scurt:

- Medicii trebuie întâi să stabilească dacă pacienţii prezintă risc mediu sau crescut pentru CCR, ideal în jurul vârstei de 20 ani, sau chiar mai devreme dacă există un istoric de polipoză adenomatoasă familială (vezi pag. 433).

- Pentru pacienţii cu risc mediu, cu vârsta de peste 50 ani trebuie oferite mai multe opţiuni pentru screening, pentru a creşte complianţa: testare anuală pentru hemoragii oculte în scaun (THOS); sigmoidoscopie flexibilă la fiecare 5 ani, ca unică investigaţie sau asociată cu THOS anual; clismă baritată cu dublu contrast la fiecare 5 ani; sau colonoscopie o dată la 10 ani.

- La persoanele cu risc crescut se recomandă colonoscopia la intervale cuprinse între 3–5 ani.

Testul THOS cu 6 probe efectuat la domiciliu, recomandat de Centrul pentru Controlul şi Prevenirea Bolilor din SUA, reduce atât mortalitatea cât şi incidenţa apariţiei cancerului, dar nu este utilizat pe scară largă.[21] Foarte mulţi medici de familie se bazează pe o singură probă pentru THOS prelevată la cabinet, cu ocazia efectuării TRD, dar care nu este o metodă adecvată de screening.[19,21,22] Sensibilitatea şi specificitatea testului cu 6 probe la domiciliu sunt 24% şi respectiv 94%, în comparaţie cu 5% şi respectiv 98% pentru THOS efectuat la cabinet cu o singură probă. Mai mult, acesta din urmă va da rezultate pozitive doar la 5% dintre pacienţii cu neoplasm avansat. Reţineţi faptul că TRD, care evaluează numai 7–8 cm din rect (care are o lungime de 12–15 cm), nu este o metodă recomandată pentru screening-ul CCR. Doar aproximativ 10% din CCR apar în această zonă.

Consiliere despre bolile cu transmitere sexuală (BTS). Sexul anal creşte riscul pentru eroziuni perianale şi rectale şi transmiterea HIV şi a altor BTS atât la femei cât şi la bărbaţi. Măsurile de prevenţie includ abstinenţa de la obiceiuri care comportă risc înalt (pag. 506–507), utilizarea prezervativului şi o bună igienă.

TEHNICI DE EXAMINARE

Pentru mulţi pacienţi, examinarea rectală (tuşeul rectal) este cea mai puţin plăcută parte a evaluării clinice. Poate produce disconfort şi chiar jenă, dar dacă este efectuată cu îndemânare nu ar trebui să fie dureroasă. La adolescenţi examinarea rectală poate fi facultativă dacă nu au acuze relevante; totuşi, la adulţii de vârstă medie sau vârstnici există riscul de a trece cu vederea un carcinom asimptomatic. O evaluare reuşită necesită o atitudine calmă şi explicarea pacientului (pacientei) ce va simţi, iar mişcarea degetului examinator trebuie să fie lentă şi delicată.

LA BĂRBAŢI

Alegeţi una din poziţiile convenabile pentru examinare. Deseori, medicul îi cere pacientului ca din poziţia de ortostatism să se aplece înainte, cu toracele sprijinit pe masa de examinat şi şoldurile flectate. În majoritatea cazurilor, poziţia de decubit lateral ilustrată mai jos este satisfăcătoare şi permite o bună vizualizare a zonelor perianală şi sacro-coccigiană.

Indiferent de cum aşezaţi pacientul, degetul examinator nu va putea explora întreaga lungime a rectului. Dacă se suspicionează un cancer recto-sigmoidian, sau screening-ul este justificat, efectuaţi o sigmoidoscopie sau colonoscopie.

Cereţi pacientului să se întindă pe partea stângă, cu fesele la marginea mesei de examinat. Flexia şoldurilor şi genunchilor pacientului, în special a piciorului de deasupra, cresc stabilitatea poziţiei şi măresc vizibilitatea. Acoperiţi corespunzător pacientul şi ajustaţi lumina pentru o bună examinare. Puneţi-vă mănuşi şi depărtaţi fesele.

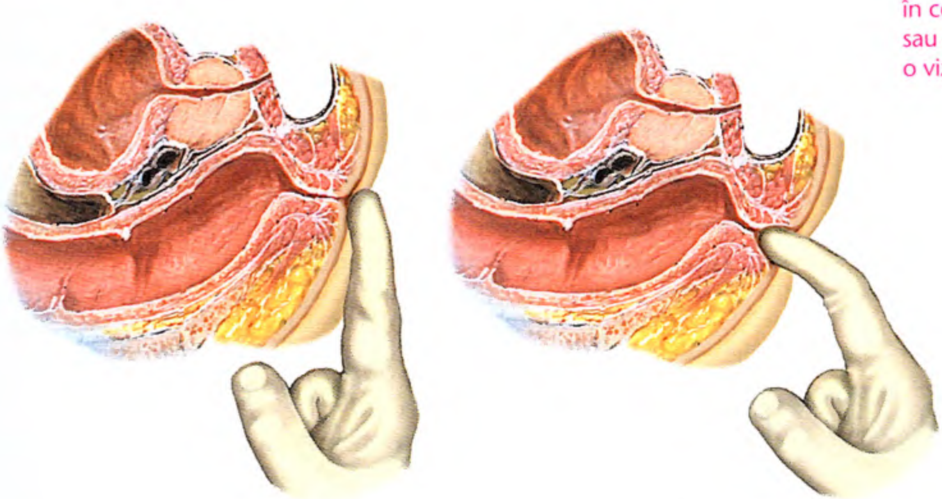


- *Inspectaţi zonele sacro-coccigiană şi perianală* pentru noduli, ulceraţii, inflamaţii, eritem sau excoriaţii. La adulţi, tegumentul perianal este în mod normal hiperpigmentat şi relativ mai aspru decât cel fesier. Palpaţi orice zonă anormală şi observaţi dacă există noduli sau zone de sensibilitate.

- *Examinaţi anusul şi rectul.* Lubrifiaţi-vă indexul, explicaţi pacientului ce urmează să faceţi, şi spuneţi-i că examinarea îi va da senzaţia de defecaţie, dar aceasta nu se va întâmpla. Cereţi-i să se încordeze. Inspectaţi anusul, notaţi leziunile, dacă există.

Leziunile anale şi perianale includ hemoroizii, vegetaţiile veneriene, herpesul, şancrul sifilitic şi carcinomul. O lipsă de substanţă liniară sau o tăietură sugerează o *fisură anală*, cauzată de scaune voluminoase dure, boala inflamatorie intestinală sau o BTS. Dacă observaţi edem, îngroşare, fisuri şi excoriaţii la nivelul tegumentului perianal, luaţi în considerare *pruritus ani.*

O masă sensibilă, purulentă, eritematoasă, însoţită de febră sau frison, sugerează un *abces anal.* Abcesele anale sau rectale pot drena la suprafaţa tegumentului pe care îl perforează şi formează o *fistulă ano-rectală* ce drenează sau poate fi înfundată. La nivelul fistulei se poate exterioriza sânge, puroi sau mucus cu reziduuri fecaloide. Luaţi în considerare anuscopia sau sigmoidoscopia pentru o vizualizare mai bună.



În timp ce pacientul se încordează, plasaţi perniţa indexului înmănuşat şi lubrifiat pe orificiul anal.

Când sfincterul se relaxează, introduceţi uşor vârful degetului în canalul anal pe direcţia ombilicului. Dacă simţiţi că sfincterul se contractă, vă opriţi şi liniştiţi pacientul. În momentul în care sfincterul se relaxează din nou, continuaţi.

Ocazional, o sensibilitate crescută nu permite pătrunderea şi examinarea internă. Nu încercaţi să forţaţi. În schimb, plasaţi degetele pe ambele părţi ale anusului, expuneţi uşor orificiul şi cereţi pacientului să se încordeze. Căutaţi o leziune, cum ar fi o fisură anală, care ar putea explica sensibilitatea.

Dacă puteţi examina fără a crea un disconfort major, atunci evaluaţi:

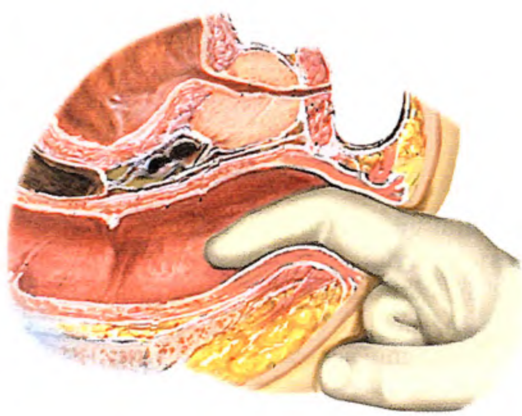
- Tonusul sfincterului anal. În mod normal, muşchii sfincterului anal se contractă confortabil în jurul degetului.
- Sensibilitatea, dacă există
- Induraţia
- Neregularităţi sau noduli

Un tonus sfincterian crescut poate fi prezent în anxietate, inflamaţie sau cicatrici; laxitatea sfincterului apare în unele boli neurologice.

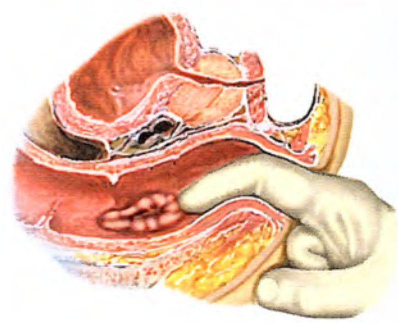
Induraţia poate fi determinată de inflamaţie, cicatrici sau neoplazii.

Introduceţi degetul în rect cât de mult se poate. Rotiţi mâna în sensul acelor de ceasornic pentru a palpa cât mai mult din suprafaţa rectală pe partea dreaptă a pacientului, apoi în sens invers acelor de ceasornic pentru a palpa suprafaţa posterioară şi pe partea stângă a pacientului.

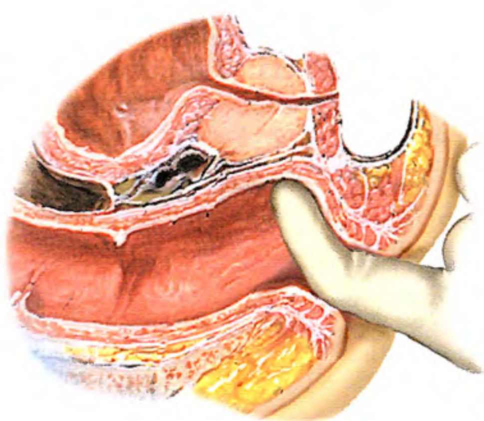
Notaţi eventuali noduli, neregularităţi sau induraţii. Pentru a face accesibilă o posibilă leziune, luaţi degetul de pe suprafaţa rectală, cereţi pacientului să se încordeze şi palpaţi din nou.



Mai jos este ilustrată marginea neregulată a unui cancer rectal.



Apoi rotiţi mâna mai departe în sens invers acelor de ceasornic, pentru ca degetul să poată examina *suprafaţa posterioară a glandei prostate.* Prin răsucirea uşoară a corpului dumneavoastră faţă de pacient, puteţi simţi această zonă mai uşor. Atenţionaţi pacientul că examinarea prostatei ar putea să-i producă un impuls de a urina.

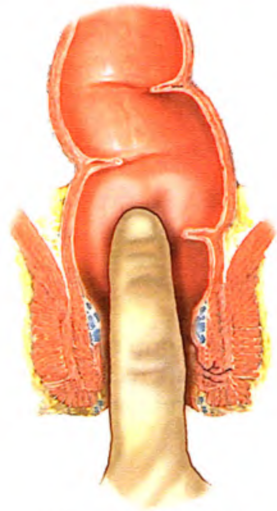


Treceţi cu degetul examinator peste glanda prostată, identificând lobii laterali şi şanţul median dintre ei. Evaluaţi mărimea, forma, şi consistenţa prostatei, identificaţi eventuali noduli sau sensibilitate. Prostata normală este elastică şi nedureroasă.

Vezi Planşa 15–3, Modificări patologice ale glandei prostate (pag. 570).

Dacă este posibil, *extindeţi degetul deasupra prostatei* către regiunea veziculelor seminale şi a cavităţii peritoneale. Căutaţi noduli sau zone de sensibilitate.

Retregeţi uşor degetul şi ştergeţi anusul sau oferiţi pacientului şerveţele. Observaţi culoarea materiilor fecale de pe mănuşă şi efectuaţi un test pentru hemoragii oculte.



PALPAREA PROSTATEI – VEDERE DE JOS

Un „conglomerat" rectal de metastaze peritoneale (vezi pag. 569) sau sensibilitatea din inflamaţia peritoneală.

Un singur test pentru hemoragii oculte în scaun nu este o metodă adecvată de screening pentru cancerul de colon (vezi pag. 560).[21]

LA FEMEI

Rectul se examinează de obicei după aparatul genital feminin, în timp ce femeia este în poziţie ginecologică (dorsosacrală). Această poziţie vă permite să efectuaţi o examinare bimanuală şi să delimitaţi o posibilă formaţiune la nivelul anexelor sau pelvisului. Este adecvată pentru testarea integrităţii peretelui recto-vaginal şi vă poate facilita palparea unui neoplasm cu localizare înaltă în rect.

Dacă trebuie să examinaţi doar rectul, poziţia de decubit lateral este satisfăcătoare şi vă permite o vizualizare mai bună a zonelor perianală şi sacrococcigiană. Folosiţi aceleaşi tehnici de examinare ca şi în cazul bărbaţilor. Colul uterin poate fi uşor palpat prin peretele anterior. Uneori, se poate palpa şi un uter retrovers. Nu confundaţi nici una dintre aceste situaţii, sau un tampon vaginal, cu o tumoră.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru a descrie constatările din timpul examinării, dar în timp veţi utiliza fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea rezultatelor examenului fizic – anusul, rectul şi prostata

„Fără leziuni sau fisuri perianale. Tonusul sfincterului extern intact. Ampula rectală fără mase. Prostată netedă şi nedureroasă cu şanţ median palpabil. (Sau, la femei, col uterin nedureros.) Scaun de culoare maron; rezultat negativ la testul pentru hemoragii oculte."

SAU

„Zonă perianală inflamată; fără ulceraţii, veruci sau secreţii. Nu s-a putut examina sfincterul extern, ampula rectală sau prostata din cauza spasmului sfincterului extern, a inflamaţiei marcate şi a sensibilităţii canalului anal."

Ridică suspiciunea de *proctită* de cauză infecţioasă

SAU

„Fără leziuni sau fisuri perianale. Tonusul sfincterului extern intact. Ampula rectală fără formaţiuni. La nivelul lobului lateral stâng al prostatei se descrie un nodul de 1x1 cm ferm, cu consistenţă dură; lobul lateral drept neted; şanţ median şters. Scaun de culoare maron; rezultat negativ la testul pentru hemoragii oculte."

Ridică suspiciunea de *neoplasm de prostată*

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary M, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. J Urol 148(5):1549–1557, 1992.
2. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2007. Available at: http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf. Accessed July 5, 2007.
3. National Cancer Institute. Prostate cancer screening. Summary of evidence. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/prostate/healthprofessional. Accessed June 6, 2007.
4. National Cancer Institute. Prostate cancer: Prevention. Risk factors for prostate cancer development. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/prostate/HealthProfessional/page3. Accessed June 6, 2007.
5. Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer—analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. N Engl J Med 343(2):78–85, 2000.
6. Nelson WG, DeMarzo AM, Isaacs WB. Prostate cancer. N Engl J Med 349(4):366–381, 2003.
7. National Cancer Institute. Opportunities for Prevention. Available at: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/prostate/HealthProfessional/page4. Accessed June 6, 2007.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: recommendation and rationale. Ann Intern Med 137(11):915–916, 2002.
9. AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia. Chapter 1: diagnosis and treatment recommendations. J Urol 170(2 Pt 1):530–547, 2003. Available at: http://www.auanet.org/guidelines/bph.cfm. Accessed July 7, 2007.
10. Murthy GD, Byron DP, Pasquale D. Underutilization of digital rectal examination when screening for prostate cancer. Arch Intern Med 164:313–316, 2004.
11. Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HC. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: A meta-analysis. Fam Pract 16:621–626, 1999.
12. Andriole GL, Levin DL, Crawford ED, et al. Prostate cancer screening in the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO)

cancer screening trial: findings from the initial screening round of a randomized trial. J Natl Cancer Inst 97(6):433–438, 2005.
13. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level ≤ 4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 350(22):2239–2246, 2004.
14. Catalona WJ, Loeb S, Han M. Viewpoint: expanding prostate cancer screening. Ann Intern Med 144(6):441–443, 2006.
15. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale. Update based on new evidence. Gastroenterology 124(2):544–560, 2003.
16. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update. U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. Gastroenterology 130(6): 1872–1875, 2006.
17. Eisen GM, Weinberg DS. Narrative review: screening for colorectal cancer in patients with a first-degree relative with colonic neoplasia. Ann Intern Med 143(3):190–198, 2005.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Routine aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the prevention of colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 146(5):361–365, 2007.
19. Sox HS. Office-based testing for fecal occult blood: do only in case of emergency [editorial]. Ann Intern Med 142(2): 146–148, 2005.
20. Boolchand V, Olds G, Singh J, et al. Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians. Ann Intern Med 145(9):654–659, 2006.
21. Collins JF, Lieberman DA, Durbin TE, et al. Veterans Affairs Cooperative Study #380 Group. Accuracy of screening for fecal occult blood on a single stool sample obtained by digital rectal examination: a comparison with recommended sampling practice. Ann Intern Med 142(2):81–85, 2005.
22. Nadel MR, Shapiro JA, Klabunde CN, et al. A national survey of primary care physicians' methods for screening for fecal occult blood. Ann Intern Med 142(2):86–94, 2005.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Dube C. Rostum A, Lewin G, et al. The use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 146(5):365–375, 2007.

Hoffman RM. Viewpoint: limiting prostate cancer screening. Ann Intern Med 144(6):438–440, 2006.

Hull TL. Diseases of the anorectum. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management, 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2006.

Philip J, Dutta RS, Ballal M, et al. Is a digital rectal examination necessary in the diagnosis and clinical staging of early prostate cancer? BJU Int 95(7):969–971, 2005.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANŞA 15-1

Scorul-index al simptomelor pentru HBP: Asociaţia Americană de Urologie (AUA)

Calculaţi scorul prin completarea formularului de mai jos, sau cereţi pacientului să o facă. Scorurile mai mari (maximum 35) indică simptome mai severe; scorurile ≤7 sunt considerate uşoare şi de obicei aceşti pacienţi nu necesită tratament.

PARTEA A	Deloc	Mai puţin de o dată din 5	Mai puţin de jumătate din timp	Aproape jumătate din timp	Mai mult de jumătate din timp	Aproape întotdeauna	Total puncte pe fiecare rând
1. În ultima lună, de câte ori aţi avut senzaţia că nu v-aţi golit complet vezica după ce aţi terminat de urinat?							
2. În ultima lună, de câte ori a trebuit să urinaţi din nou în mai puţin de două ore de când aţi terminat de urinat?							
3. În ultima lună, de câte ori vi s-a întâmplat să vă întrerupeţi şi să începeţi din nou în timp ce urinaţi?							
4. În ultima lună, de câte ori vi s-a întâmplat să vă fie greu să amânaţi urinarea?							
5. În ultima lună, de câte ori aţi avut un jet urinar slab?							
6. În ultima lună, de câte ori a trebuit să vă forţaţi sau să vă încordaţi pentru a începe să urinaţi?							

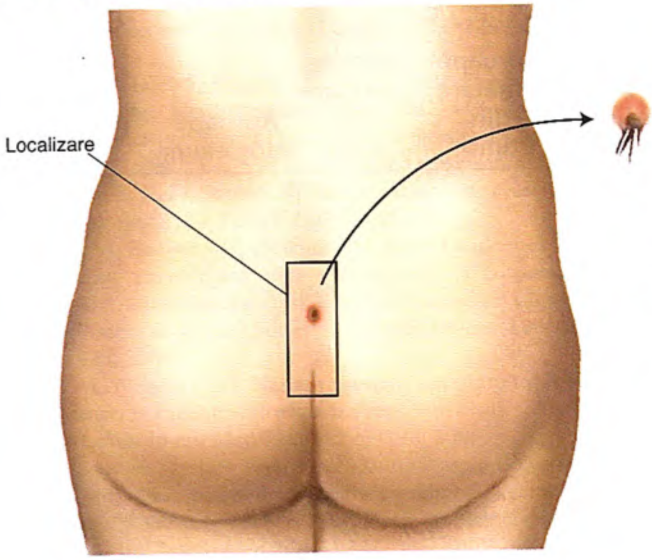
PARTEA B	Niciodată	O dată	De 2 ori	De 3 ori	De 4 ori	De 5 ori	Puncte pentru Partea B
7. În ultima lună, de câte ori v-aţi ridicat din pat să urinaţi din momentul în care v-aţi culcat seara şi până v-aţi trezit dimineaţa?							

TOTAL PARTEA A şi B (maximum 35) ________

(Adaptat după: Madsen FA, Bruskewitz RC. Clinical manifestations of benign prostatic hyperplasia. Urol Clin North Am 1995:22:291–298)

Patologia anusului, tegumentului perianal și rectului

Chistul şi sinusul pilonidal



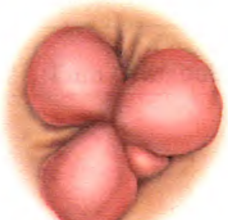
Chistul pilonidal reprezintă o anomalie relativ frecventă, probabil congenitală, localizată la nivelul liniei mediane, în regiunea coccigiană sau sacrată joasă. Căutaţi orificiul de deschidere al tractului sinusului. Orificiul poate prezenta fire de păr şi poate fi înconjurat de un halou eritematos. Deşi chisturile pilonidale sunt de obicei asimptomatice, cu excepţia unui uşor drenaj, tabloul clinic poate fi complicat printr-un abces sau un sinus secundar.

Hemoroizii externi *(trombozaţi)*



Hemoroizii externi sunt vene hemoroidale dilatate cu origine inferior de linia pectineală şi sunt acoperiţi de tegument. În absenţa trombozei, rareori produc simptome. Tromboza produce durere locală acută, accentuată de defecaţie sau poziţia şezândă. La nivelul marginii anale se observă o formaţiune ovoidală, sensibilă, edemaţiată, albăstruie.

Hemoroizii interni *(prolabaţi)*



Hemoroizii interni reprezintă dilataţii ale patului vascular normal, localizate deasupra liniei pectineale. La acest nivel, de obicei nu sunt palpabili. Uneori, în special în timpul defecaţiei, hemoroizii interni pot produce sângerare cu sânge roşu aprins. De asemenea, pot prolaba prin canalul anal şi se exteriorizează sub forma unor mase eritematoase, umede, protruzive, localizate într-una sau mai multe din poziţiile ilustrate.

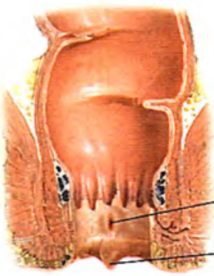
Prolapsul rectal



În timpul efortului de defecaţie, mucoasa rectală, cu sau fără peretele muscular, poate prolaba prin anus luând forma unei rozete de ţesut roşu sau a unei „gogoaşe". Prolapsul care implică doar mucoasa este relativ mic şi prezintă pliuri radiale, conform ilustraţiei. Când este implicat întregul perete intestinal, prolapsul este mai voluminos şi acoperit de pliuri circulare concentrice.

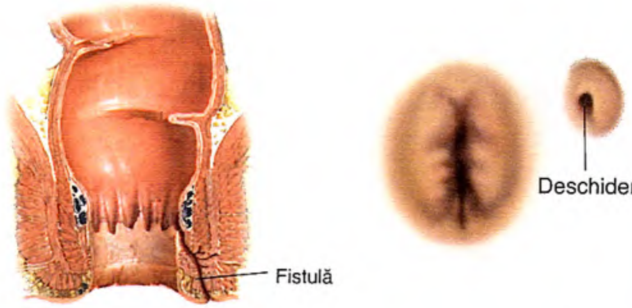
(tabelul se continuă la pagina 569)

Fisura anală



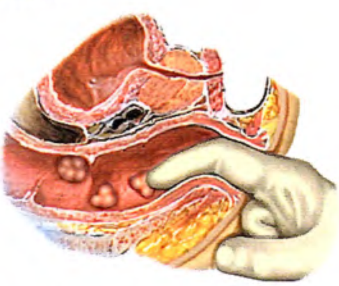
Fisura anală este o ulcerație ovalară, foarte dureroasă, localizată în canalul anal, cel mai frecvent la nivelul liniei mediane posterior, mai rar anterior. Axul lung este poziționat longitudinal. Imediat inferior de fisură poate fi prezent semnul „santinelă" sub forma unui polip fibros tegumentar. Îndepărtarea delicată a marginilor anale poate evidenția extremitatea inferioară a fisurii. Sfincterul este spastic, iar examinarea este dureroasă. Ar putea fi necesară anestezia locală.

Fistula ano-rectală



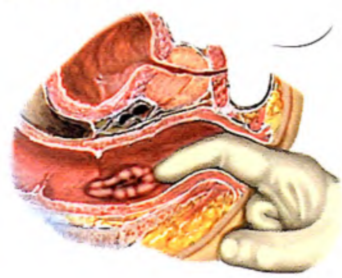
Fistula ano-rectală reprezintă un traiect sau un conduct inflamator care se deschide la un capăt în anus sau rect și la celălalt capăt la suprafața tegumentului (vezi mai sus) sau în alte viscere. De obicei fistul este precedată de un abces. Căutați un orificiu de deschidere al fistulei oriunde pe tegumentul perianal.

Polipii rectali



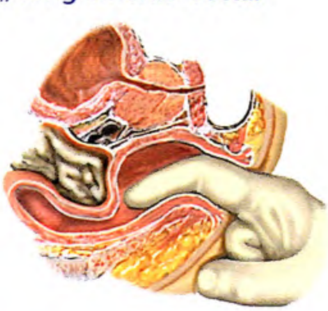
Polipii rectali sunt relativ frecvent întâlniți. Variabili ca mărime și număr, se pot dezvolta pe o tulpină *(pediculați)*, sau pot fi situați la suprafața mucoasei *(sesili)*. Au consistență moale și sunt dificil sau imposibil de palpat chiar și atunci când sunt în raza degetului examinator. Leziunile benigne se diferențiază de cele maligne cu ajutorul rectoscopiei și al biopsiei.

Neoplasmul de rect



Deoarece carcinomul de rect este asimptomatic, tușeul rectal efectuat de rutină la adulți este foarte important. În figură este ilustrat un neoplasm ulcerat, ferm, nodular, cu margini rotunjite.

„Conglomerat" rectal



În aria în care peritoneul se reflectă anterior de rect se pot dezvolta metastaze peritoneale întinse cu originea în orice organ. Cu vârful degetului examinator se palpează o formațiune rectală nodulară, de consistență fermă sau dură. La femeie, acest conglomerat de metastaze se dezvoltă în fundul de sac recto-uterin, posterior de col și uter.

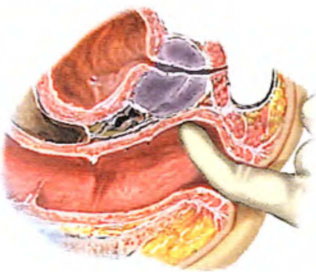
Modificări patologice ale glandei prostate

Prostata normală



Palpată prin peretele rectal anterior, glanda prostată normală este o structură rotunjită, în formă de inimă, cu lungime de aproximativ 2,5 cm. Şanţul median poate fi palpat între cei doi lobi laterali. Numai suprafaţa posterioară a prostatei poate fi palpată. Leziunile suprafeţei anterioare, inclusiv cele care produc obstrucţie uretrală, nu pot fi decelate prin examen clinic.

Prostatita



Prostatita acută bacteriană, ilustrată aici, se manifestă prin febră, simptome de tract urinar cum sunt polakiuria, senzaţia imperioasă de micţiune, disuria, senzaţie de golire incompletă a vezicii, şi uneori prin durere lombară. La palpare glanda este sensibilă, edemaţiată, „noroioasă" şi caldă. Se examinează cu grijă. Peste 80% din infecţii sunt cauzate de bacterii aerobe gram-negative cum sunt *E. coli*, *Enterococcus* şi *Proteus*. La bărbaţii sub 35 de ani luaţi în considerare şi infecţia cu *Neisseria gonorrhoeae* şi *Chlamydia trachomatis*, cu transmitere pe cale sexuală.

Prostatita bacteriană cronică se asociază cu infecţii recurente de tract urinar, de obicei produse de acelaşi organism. Bărbaţii pot fi asimptomatici sau pot acuza disurie şi uşoară durere pelvină. La palpare glanda are consistenţă normală, fără sensibilitate sau edem. Culturile efectuate din lichidul prostatic arată de obicei infecţie cu *E. coli*.

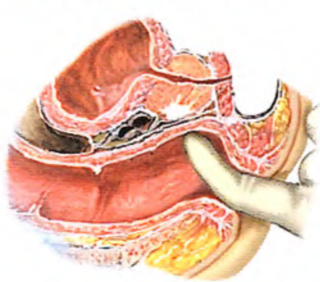
Poate fi dificilă diferenţierea acestor afecţiuni de *sindromul de durere pelvină cronică*, mai frecvent întâlnit, observat la aproape 80% din bărbaţii care relatează simptome obstructive sau iritative la micţiune, dar care la examenul obiectiv nu au semne de infecţie prostatică sau de tract urinar. Constatările evaluării clinice nu pot fi prezise. Trebuie efectuat tuşeul rectal pentru a evalua orice semn de induraţie sau asimetrie a prostatei, sugestiv pentru un carcinom.

Hiperplazia benignă de prostată (HBP)



Hiperplazia benignă de prostată reprezintă o creştere în volum a prostatei, de cauză benignă, prezentă la peste 50% din bărbaţii cu vârsta de 50 ani.[9] Simptomatologia se datorează atât contracţiei fibrelor musculare netede ale prostatei şi ale colului vezicii urinare, cât şi compresiei uretrei. Simptomele pot fi iritative (senzaţia imperioasă de micţiune, polakiurie, nicturie), obstructive (jet urinar slab, evacuare incompletă, forţarea micţiunii) sau de ambele tipuri, şi sunt observate la peste o treime din bărbaţii de 65 ani. La palpare, prostata poate avea dimensiuni normale, sau poate fi simetric mărită, netedă şi fermă, deşi uşor elastică; şanţul median poate fi şters, iar prostata poate protruziona în lumenul rectal.

Neoplasmul de prostată



Diagnosticul de neoplasm de prostată este sugerat de o zonă cu consistenţă dură la nivelul glandei. Poate fi palpat sau nu un nodul distinct, dur, care modifică conturul glandei. Pe măsură ce formaţiunea creşte în dimensiuni, aceasta prezintă la palpare o suprafaţă neregulată şi poate depăşi limitele glandei. Şanţul median poate fi şters. Ariile de consistenţă dură din prostată nu sunt întotdeauna maligne. Pot apărea ca urmare a litiazei prostatice, inflamaţiei cronice şi altor cauze.

C A P I T O L U L

Sistemul osteomuscular

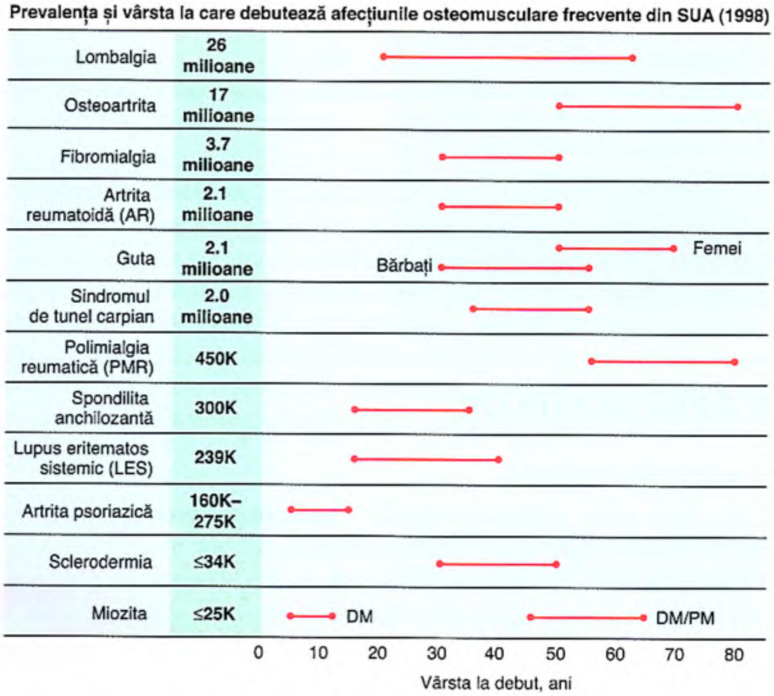
16

EXAMINAREA SISTEMULUI OSTEOMUSCULAR

PREZENTARE GENERALĂ

Acuzele şi tulburările osteomusculare reprezintă principala cauză de prezentare la medic în practica clinică. De exemplu, lombalgia se situează pe locul cinci între principalele motive ale prezentării la medic şi pe locul doi între cele mai frecvente simptome ale pacienţilor care solicită îngrijiri medicale.[1,2]

Prevalenţa şi vârsta la care debutează afecţiunile osteomusculare frecvente din SUA (1998)



Sursă: Cush JJ, Lipsky PE. Approach to articular and musculoskeletal disorders. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al., eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005. AR, artrită reumatoidă; PMR, polimialgia reumatică; LES, lupus eritematos sistemic; DM, dermatomiozită; PM, polimiozită.

Din cauza caracterului specializat al examinării articulare, organizarea acestui capitol se abate de la modelul de structurare a celorlalte capitole din această carte. Pentru examinarea corectă a articulaţiilor este necesară o bună cunoaştere a reperelor de suprafaţă şi a structurilor anatomice subiacente. Pentru a ajuta studenţii să asocieze cunoştinţele despre structura şi funcţia articulaţiilor cu metodele de examinare, secţiunea de Anatomie şi Fiziologie *este combinată* cu secţiunea Tehnici de Examinare pentru fiecare articulaţie. Capitolul are următorul format:

ORGANIZAREA CAPITOLULUI

- **Structura şi funcţia articulaţiilor**
- **Anamneza**
- **Profilaxie şi consiliere**
- **Examinarea articulaţiilor: Anatomie şi Fiziologie şi Tehnici de Examinare**
  - Pentru a încuraja abordarea sistematică a examenului articular, capitolul urmăreşte o ordine descendentă, „din cap până în picioare", care începe cu articulaţia temporo-mandibulară şi articulaţiile membrelor superioare, trece apoi la coloana vertebrală, şold şi articulaţiile membrelor inferioare.
  - Succesiune: *articulaţia temporo-mandibulară, umăr, cot, pumn şi mână, coloană vertebrală, şold, genunchi şi gambă, gleznă şi picior.*
- Pentru fiecare articulaţie există secţiuni numite ***Noţiuni Introductive despre Articulaţie, Structurile Osoase şi Articulaţiile, Grupurile Musculare şi Structurile Adiţionale, şi Tehnici de Examinare.***
  - Secţiunea ***Noţiuni Introductive*** despre Articulaţie prezintă caracteristicile anatomice şi funcţionale specifice fiecărei articulaţii.
  - ***Tehnicile de Examinare*** prezintă etapele fundamentale ale examinării articulaţiei - ***inspecţia, palparea*** reperelor osoase şi a ţesuturilor moi, evaluarea ***amplitudinii mişcărilor*** (arcul unei mişcări cuantificabile a articulaţiei într-un singur plan) şi ***manevrele*** de testare a funcţiei şi stabilităţii articulare.
  - Însuşirea acestor manevre poate fi o provocare, dar este extrem de importantă pentru stabilirea unui diagnostic într-un cabinet medical şi va necesita supraveghere atentă şi mult exerciţiu.

STRUCTURA ŞI FUNCŢIA ARTICULAŢIILOR

Pentru început este utilă trecerea în revistă a termenilor anatomici.

- *Structurile articulare* includ capsula articulară şi cartilajul articular, membrana sinovială şi lichidul sinovial, ligamentele intra-articulare şi osul juxta-articular.

De obicei *bolile articulare* se manifestă prin tumefacţie şi durere la nivelul întregii articulaţii, şi limitează atât amplitudinea mişcărilor active cât şi a celor pasive.

- *Structurile extra-articulare* includ ligamentele periarticulare, tendoanele, bursele, muşchii, fasciile, oasele, nervii şi tegumentul supraiacent.
  - *Ligamentele* sunt fascicule groase de fibrile de colagen (asemănătoare unor funii) care leagă oasele între ele.

În general, *bolile extra-articulare* afectează anumite regiuni ale articulaţiei şi unele tipuri de mişcări.

- *Tendoanele* sunt reprezentate de fibre colagenice care leagă muşchiul de os. Un alt tip de matrice de colagen alcătuieşte *cartilajul* care tapetează suprafeţele osoase.

- *Bursele* reprezintă saci cu lichid sinovial care amortizează deplasarea tendoanelor şi a muşchilor pe suprafeţele osoase sau pe alte structuri articulare.

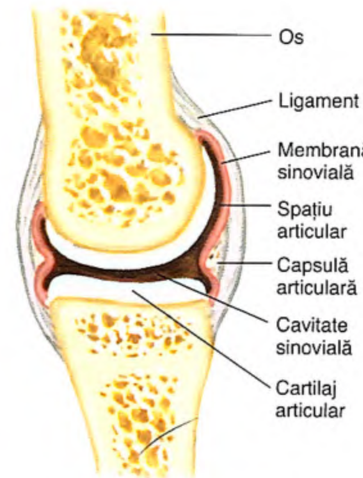
Pentru a înţelege funcţia articulaţiilor, vom studia diverse tipuri de articulaţii şi modul în care oasele se articulează sau se interconectează, precum şi rolul burselor în facilitarea mişcărilor.

TIPURI DE ARTICULAŢII

Există trei tipuri principale de articulaţii – sinoviale, cartilaginoase şi fibroase – care permit mişcări de diverse grade.

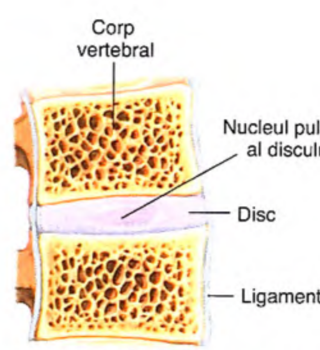
Articulaţii

Tipul de articulaţie	Amplitudinea mişcării	Exemplu
Sinovială	Mişcări libere	Genunchi, umăr
Cartilaginoasă	Puţin mobilă	Corpii vertebrali
Fibroasă	Imobilă	Suturile craniene



ARTICULAŢIE SINOVIALĂ

Articulaţiile sinoviale. Oasele nu se ating reciproc, iar articulaţia se poate *mişca liber*. Oasele sunt acoperite de *cartilajul articular* şi sunt separate de o *cavitate sinovială* care amortizează mişcarea articulaţiei, după cum este ilustrat în figură. O *membrană sinovială* tapetează cavitatea sinovială şi secretă o cantitate redusă de lichid vâscos lubrifiant - *lichidul sinovial*. Membrana este ataşată de marginile cartilajului articular şi formează un sac sau se pliază pentru a permite mişcarea articulaţiei. Membrana sinovială este înconjurată de o *capsulă articulară* fibroasă întărită de ligamente care se întind de la un os la altul.



ARTICULAŢIE CARTILAGINOASĂ

Articulaţiile cartilaginoase. Aceste articulaţii, cum sunt cele dintre vertebre sau de la nivelul simfizei pubiene, sunt *puţin mobile*. Suprafeţele osoase sunt separate de discuri fibrocartilaginoase. În centrul fiecărui disc se află *nucleul pulpos*, un material fibrocartilaginos care are rol de pernă de amortizare între suprafeţele osoase.

Articulaţiile fibroase. În aceste articulaţii, de tipul suturilor craniene, oasele sunt unite prin punţi de ţesut fibros sau cartilaginos. Oasele se află aproape în contact direct şi din această cauză *nu este posibilă o mişcare semnificativă*.



ARTICULAŢIE FIBROASĂ

STRUCTURA ARTICULAŢIILOR SINOVIALE

Pe măsură ce veţi învăţa despre examinarea sistemului osteomuscular, gândiţi-vă la modul în care anatomia articulaţiei îi determină mişcarea.

• Articulaţiile sinoviale

Tipul articulaţiei	Forma articulaţiei	Mişcare	Exemplu
Sferoidală (sferă şi cavitate)	Suprafaţă convexă într-o cavitate concavă	Mişcări ample de flexie, extensie, abducţie, adducţie, rotaţie, circumducţie	Umăr, şold
În balama	Plană, aplatizată	Mişcare într-un sigur plan; flexie, extensie	Articulaţiile interfalangiene de la mână şi picior; cot
Condiliană	Convexă sau concavă	Mişcarea a două suprafeţe articulate nedisociabile	Genunchi; articulaţia temporo-mandibulară



ARTICULAŢIE SFEROIDALĂ (SFERĂ ŞI CAVITATE)

Multe dintre *articulaţiile* pe care le examinăm sunt *sinoviale*, sau mobile. Forma suprafeţelor lor articulare determină direcţia şi amplitudinea mişcărilor din acea articulaţie.



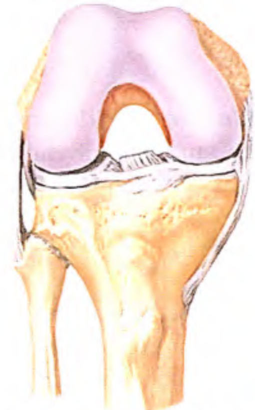
ARTICULAŢIE ÎN BALAMA

- *Articulaţiile sferoidale* au o conformaţie de sferă şi cavitate: o suprafaţă rotunjită, convexă, care se articulează cu o cavitate în formă de cupă, permiţând mişcări rotatorii ample, aşa cum se întâmplă la nivelul umărului şi şoldului.

- *Articulaţiile în balama* sunt aplatizate, plane sau uşor curbate, şi permit numai o mişcare de alunecare într-un singur plan, de exemplu flexia şi extensia degetelor.

- În *articulaţiile condiliene*, de tipul genunchiului, suprafeţele articulare sunt convexe sau concave, numindu-se condili.

Bursele. *Bursele* facilitează funcţionarea articulaţiilor şi sunt reprezentate de saci sinoviali cu formă discoidă ce permit muşchilor adiacenţi sau muşchilor şi tendoanelor să alunece unul în raport cu celălalt în timpul mişcării. Bursele sunt dispuse între tegument şi suprafaţa convexă a unui os sau a unei articulaţii (de exemplu bursa prepatelară a genunchiului, pag. 627) sau în regiuni în care există o mişcare de frecare între tendoane sau muşchi şi oase, ligamente sau alte tendoane sau muşchi (de exemplu bursa subacromială a umărului, pag. 590-591).



ARTICULAŢIE CONDILIANĂ

Cunoaşterea anatomiei şi a mişcărilor specifice vă este utilă în evaluarea unei articulaţii care a fost supusă unui traumatism. Cunoştinţele acumulate despre structurile moi, ligamente, tendoane şi burse vă vor ajuta să evaluaţi modificările produse de înaintarea în vârstă, precum şi cele induse de artrită.

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Durere lombară joasă
- Durere cervicală
- Durere mono- sau poli-articulară
- Durere articulară de etiologie inflamatorie sau infecţioasă
- Durere articulară cu elemente sistemice, de exemplu febră, frisoane, erupţie cutanată, anorexie, scădere ponderală, deficit motor
- Durere articulară cu simptome aparţinând altor organe sau sisteme

Durerea articulară este una din principalele acuze ale pacienţilor care solicită un consult medical. În afară de stabilirea celor şapte caracteristici ale oricărei dureri articulare, trei indicii vă sunt utile în examinare şi stabilirea diagnosticului:

INDICII PENTRU EVALUAREA DURERII ARTICULARE

- Cereţi pacientului *„să indice locul dureros"*. Astfel veţi economisi timp, deoarece descrierea verbală făcută de pacient poate fi lipsită de precizie.
- Clarificaţi şi consemnaţi *mecanismul lezional,* mai ales dacă există un traumatism în antecedente.
- Stabiliţi dacă durerea este *localizată sau difuză, acută sau cronică, inflamatorie sau non-inflamatorie.*

Durerea lombară joasă. Puteţi începe cu: „Vă doare spatele?", deoarece două treimi din adulţi suferă de dureri lombare cel puţin o dată pe parcursul vieţii.[3] Durerea lombară este cel de-al doilea motiv în ordinea frecvenţei care precipită prezentarea la medic. Adresaţi întrebări cu final deschis, pentru a vă face o imagine corectă asupra problemei, mai ales în legătură cu localizarea durerii.

Consultaţi Planşa 16-1, Durerea lombară joasă, pag. 642.

Aproximativ 85% din pacienţi prezintă *dureri lombare idiopatice,* fără o cauză determinantă clară (acest termen este preferat în locul celui de „întindere" sau „luxaţie").[4]

Stabiliţi dacă durerea este resimţită pe *linia mediană*, în dreptul vertebrelor, sau în *regiunile laterale.*

În cazul *durerii lombare localizate pe linia mediană,* căutaţi leziuni musculo-ligamentare, hernie de disc, colaps vertebral, metastaze ale măduvei spinării, sau mai rar *abcese epidurale.* În cazul *durerii laterale,* căutaţi semne de sacroileită, bursită trohanteriană, sciatică sau artrită a şoldului.

Durerea iradiază descendent pe membrul inferior? Dacă da, se asociază cu hipoestezie sau parestezii?

Durerea radiculară S1, cu distribuţie fesieră şi pe faţa posterioară a membrului inferior, apărută în *sciatică*, se accentuează în timpul tusei şi prin manevra Valsalva (vezi pag. 703-704 pentru semnele neurologice asociate). Durerea de la nivelul gambei care dispare prin repaus şi/sau flexie lombară anterioară indică *stenoză spinală*.

Se asociază cu disfuncţii vezicale sau intestinale?

Disfuncţia vezicală sau intestinală (de obicei retenţie urinară şi incontinenţă prin prea plin) sugerează un *sindrom de coadă de cal* provocat de o hernie de disc mediană la nivel S2-S4 sau de o tumoră.[3]

Căutaţi *„semnele de avertizare" ale unei afecţiuni sistemice severe subiacente*: vârsta peste 50 de ani, prezenţa cancerului în antecedente, scădere ponderală inexplicabilă, durere cu durată mai mare de 1 lună sau care nu răspunde la tratament, durere nocturnă sau accentuată în repaus, istoric de utilizare a drogurilor intravenoase, sau prezenţa infecţiilor.[3,5]

În cazul în care durerea lombară este însoţită de unul din semnele de avertizare, există o probabilitate de 10% a unei boli sistemice severe.[3,5]

Durerea cervicală. Durerea cervicală este de asemenea frecventă. Deşi de obicei este auto-limitată, întrebaţi dacă iradiază în braţ, dacă există deficit motor sau parestezii la nivelul braţului sau piciorului, şi dacă s-a modificat funcţia vezicală sau intestinală. Asiguraţi-vă că identificaţi simptomele legate de "semnele de avertizare" descrise mai sus. Durerea persistentă după un traumatism închis sau după un accident rutier necesită evaluări suplimentare.[6]

Consultaţi Planşa 16-2, Durerea cervicală, pag. 643.

Durere radiculară provocată de compresia unui nerv spinal, cel mai frecvent C7 urmat în ordine de C6. Se deosebeşte de durerea lombară prin faptul că de obicei este cauzată de compresia unei rădăcini nervoase produsă de modificări articulare degenerative (70-75%), nu de hernierea unui disc (20-25%).[7,8]

Durerea articulară. Pentru a depista alte tulburări osteomusculare, întrebaţi: „Vă dor articulaţiile?". Durerea articulară poate fi *localizată, difuză* sau *sistemică*. Rugaţi pacientul *să vă indice locul dureros.*

- Dacă durerea articulară este localizată şi afectează o singură articulaţie, se numeşte *monoarticulară*. Durerea de la nivelul articulaţiilor mici ale mâinilor şi picioarelor este mai precis localizată decât cea de la nivelul articulaţiilor mari. Durerea de la nivelul şoldului este în mod special înşelătoare. Deşi este localizată de obicei în regiunea inghinală sau fesieră, uneori este resimţită pe faţa anterioară a coapsei sau în genunchi, parţial sau în totalitate.

Durerea la nivelul unei articulaţii sugerează traumatism, artrită monoarticulară, tendinită sau bursită. Durerea localizată pe faţa laterală a şoldului în apropierea marelui trohanter sugerează o *bursită trohanteriană.*

- Pacienţii pot raporta dureri *poliarticulare*, care afectează mai multe articulaţii. În acest caz, care este *modelul de afectare* ... durerea migrează de la o articulaţie la alta sau se extinde constant de la o singură articulaţie la mai multe? Durerea este simetrică, afectând aceleaşi articulaţii bilateral?

Modalitate migratorie de extindere în *febra reumatică* sau în *artrita gonococică*; tipar de includere progresivă a unor articulaţii noi şi afectare simetrică în *artrita reumatoidă.*

- De asemenea, durerea poate fi *extra-articulară*, afectând oasele, muşchii şi ţesuturile periarticulare, precum tendoanele, bursele sau chiar tegumentul supraiacent. Durerile generalizate se numesc *mialgii* dacă se produc în muşchi şi *artralgii* dacă în afară de durere nu există nici un semn de artrită.

Durere extra-articulară în inflamaţia burselor *(bursite)*, a tendoanelor *(tendinite)*, sau a tecilor tendoanelor *(teno-sinovite)*; de asemenea, în *entorse* cauzate de întinderi sau rupturi ale ligamentelor.

Desfăşurarea în timp. Evaluaţi cronicitatea, calitatea şi severitatea simptomelor articulare. *Desfăşurarea temporală* este deosebit de importantă. Durerea sau disconfortul au apărut rapid, în câteva ore, sau progresiv, de-a lungul mai multor săptămâni sau luni? Durerea s-a accentuat lent sau a fost fluctuantă, cu perioade de ameliorări şi agravări? Ce durată a avut durerea? Puteţi descrie durerea de pe parcursul unei zile?... Cum este durerea dimineaţa?... Dar pe măsură ce trece ziua?

Durere severă cu debut rapid la nivelul unei articulaţii eritematoase şi tumefiate în *artrita septică acută* sau în *gută*.[9,10] La copii se ia în considerare *osteomielita* unui os adiacent unei articulaţii.

Dacă a avut un debut mai rapid, cum a apărut durerea? Aţi suferit o leziune acută sau articulaţia a fost suprasolicitată prin mişcări repetitive pe aceeaşi parte a corpului? Dacă durerea s-a produs în urma unui traumatism, care a fost *mecanismul de producere* sau seria de evenimente care a determinat durerea articulară? Mai mult, ce factori agravează sau ameliorează durerea? Ce efect au exerciţiile fizice, repausul şi tratamentul?

Consultaţi Planşa 16-3, Tipuri de durere intra- şi peri-articulară, pag. 644-645.

Inflamaţia. Încercaţi să stabiliţi dacă problema este de cauză *inflamatorie* sau *non-inflamatorie*. Există sensibilitate la *palpare*, *căldură locală* sau *eritem tegumentar*? Aceste caracteristici pot fi evaluate în timpul examenului fizic, dar câteodată pacienţii vă pot indica punctele dureroase. Întrebaţi despre simptome sistemice, precum febra sau frisoanele.

Febră, frisoane, căldură locală, eritem în *artrita septică*; de asemenea, poate fi vorba de *gută* sau *febră reumatică*.

Tumefacţia şi redoarea. Alte simptome, cum ar fi *tumefacţia*, *redoarea* sau *limitarea amplitudinii mişcărilor*, vă pot ajuta să decideţi dacă durerea are origine *articulară*. Localizaţi orice *tumefacţie* cât mai precis cu putinţă. *Redoarea* poate fi dificil de evaluat, deoarece oamenii folosesc acest termen în mod diferit. Redoarea musculoscheletică se referă la o senzaţie de tensiune sau rezistenţă la mişcare, opusul senzaţiei de flexibilitate. Deseori se asociază cu disconfort sau durere. Dacă pacientul nu acuză redoare, întrebaţi despre existenţa acesteia şi încercaţi să-i calculaţi durata. Aflaţi ora la care se trezeşte pacientul dimineaţa şi ora la care articulaţia are flexibilitate maximă. Persoanele sănătoase pot prezenta redoare şi dureri musculare care ating de obicei un maxim la 2 zile după exerciţii fizice neobişnuit de solicitante.

Durere, tumefacţie, abolirea mişcărilor active şi pasive, „blocare", deformare în *durerea articulară*; abolirea mişcărilor active dar conservarea celor pasive, sensibilitate extra-articulară, absenţa deformărilor în *durerea non-articulară*.

Redoare şi limitarea mişcărilor după o perioadă de inactivitate, numită uneori *rigiditate*, în afecţiuni articulare degenerative, cu durată de numai câteva minute; redoare cu durată de 30 de minute sau mai mare în *artrita reumatoidă* şi alte artrite inflamatorii. Redoarea este prezentă şi în *fibromialgie* şi *polimialgia reumatică (PMR)*.

Pentru a evalua *limitarea mişcărilor*, întrebaţi dacă nivelul de activitate s-a modificat din cauza problemelor articulare. Dacă este cazul, întrebaţi pacientul în mod specific despre capacitatea sa de a merge, a sta în picioare, a se apleca, a sta aşezat, a se ridica, a se căţăra, a ciupi, a apuca, a da paginile unei cărţi, a deschide o uşă sau un borcan, precum şi despre activităţile zilnice cum ar fi pieptănatul, spălatul dinţilor, mâncatul, îmbrăcatul şi spălatul.

Caracteristici sistemice. Unele afecţiuni articulare pot fi însoţite de semne *sistemice*, precum febră, frisoane, erupţie cutanată, anorexie, scădere ponderală şi deficit motor.

Simptome generalizate apar frecvent în *artrita reumatoidă, lupusul eritematos sistemic (LES)*, *PMR* şi alte artrite inflamatorii. Febra înaltă şi frisoanele sugerează o cauză infecţioasă.

Alte afecţiuni articulare pot fi legate de *sisteme şi organe din afara sistemului osteomuscular*. Simptomele specifice altor părţi ale organismului pot oferi indicii importante despre aceste afecţiuni. Acordaţi atenţie simptomelor şi tulburărilor enumerate mai jos.

Durerea articulară şi afecţiunile sistemice

	Exemple de anomalii
• *Afecţiuni cutanate*	
O erupţie cutanată în formă de fluture la nivelul obrajilor	*Lupus eritematos sistemic*
Erupţie cutanată scuamoasă şi unghii cu depresiuni punctiforme în psoriazis	*Artrită psoriazică*
Câteva papule, pustule sau vezicule cu bază eritematoasă, localizate distal la nivelul extremităţilor	*Artrită gonococică*
Un placard eritematos extins apărut la începutul unei boli	*Boala Lyme*
Urticarie	*Boala serului, reacţii medicamentoase*
Eroziuni sau cruste peniene şi papule acoperite de cruste pe plante şi palme	*Sindrom Reiter*, care include şi artrită, uretrită şi uveită
Erupţia maculo-papulară din rubeolă	Artrita din *rubeolă*
Degete hipocratice (vezi pag. 193)	*Osteoartropatie hipertrofică*
• Eritem conjunctival, senzaţie de arsură şi prurit ocular *(conjunctivită)*	*Sindrom Reiter, sindrom Behçet*[11]
• Dureri faringiene care preced *simptomatologia articulară*	*Reumatism articular acut* sau *artrită gonococică*
• *Diaree, durere abdominală, crampe*	Artrită însoţită de *colită ulcerativă, enterită regională, sclerodermie*
• Simptome de *uretrită*	*Sindrom Reiter* sau posibil *artrită gonococică*
• Modificări ale statusului mental, pareză facială sau cu altă localizare, redoare cervicală	*Boala Lyme* cu afectarea sistemului nervos central

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Alimentaţie, exerciţii fizice şi greutatea corporală
- Regiunea lombară: ridicarea greutăţilor şi biomecanică
- Prevenţia căderilor
- Osteoporoza: screening şi profilaxie

La menţinerea integrităţii sistemului osteomuscular contribuie multe dintre aspectele vieţii cotidiene – alimentaţia echilibrată, exerciţiile fizice regulate, menţinerea unei greutăţi corporale adecvate. După cum vom explica ulterior în acest capitol, fiecare articulaţie este vulnerabilă în modul său caracteristic la traumatisme şi uzură. Pentru a proteja şi menţine buna funcţionare a muşchilor şi articulaţiilor sunt necesare câteva măsuri: ridicarea cu prudenţă a greutăţilor, evitarea căderilor, măsuri de siguranţă în mediul casnic şi practicarea exerciţiilor fizice.

Alimentaţie, exerciţii fizice şi greutate corporală. Un stil de viaţă sănătos are efecte directe asupra sistemului osos. O bună nutriţie furnizează aportul de calciu necesar pentru mineralizare şi menţinerea densităţii osoase. Exerciţiile fizice par să menţină sau chiar să crească masa osoasă, în afară de faptul că îmbunătăţesc controlul şi gestionarea stresului. O greutate adaptată la înălţimea şi constituţia corpului reduce uzura mecanică excesivă a articulaţiilor portante, de exemplu a genunchilor şi şoldurilor. S-a demonstrat că activitatea fizică regulată contribuie la prevenţia osteoporozei, obezităţii, bolilor cardio-vasculare, hipertensiunii şi diabetului de tip 2, având un rol şi în reducerea morbidităţii de orice cauză şi în prelungirea duratei de viaţă.[12] Chiar şi o activitate fizică moderată, cum ar fi mersul pe jos sau cu bicicleta timp de 30 de minute pe zi, are efecte pozitive asupra stării de sănătate. Între 20-30% dintre adulţii americani declară că au un stil de viaţă sedentar şi ar putea beneficia de consiliere, deşi rezultatele consilierii asupra modificării stilului de viaţă sunt încă preliminare.

Regiunea lombară: ridicarea greutăţilor şi biomecanică. Regiunea lombară, mai ales L5-S1, zona în care vertebrele sacrale sunt dispuse în unghi ascuţit cu deschidere posterioară, reprezintă una din cele mai vulnerabile părţi ale sistemului osos. Între 60% şi 80% din populaţia generală prezintă o *durere lombară* cel puţin o dată pe parcursul vieţii.[13] De obicei simptomele sunt de durată scurtă, dar 30-60% din persoane suferă recidive atunci când debutul durerii a fost legat de mediul profesional. Deseori se recomandă exerciţii pentru întărirea musculaturii paravertebrale lombare, mai ales în flexie şi extensie, precum şi modificarea factorilor de risc (deşi studiile nu au demonstrat că aceste intervenţii aduc beneficii semnificative).[3,14,15] Ca alternativă, exerciţiile de fitness par să fie la fel de eficace. Explicarea strategiilor de ridicare a greutăţilor, a poziţiei şi a biomecanicii leziunilor se recomandă la pacienţii care ridică în mod repetat greutăţi în mediul profesional, de exemplu asistente medicale, operatori de utilaje grele şi muncitori în construcţii. În cazul durerii lombare profesionale, creşterea treptată a activităţii fizice şi consilierea comportamentală sunt abordări promiţătoare pentru îmbunătăţirea funcţionalităţii şi revenirea la locul de muncă.[16] Astfel de programe se concentrează pe ameliorarea funcţionalităţii, iar dispariţia durerii nu este o condiţie pentru reluarea activităţii profesionale.

Prevenţia căderilor. *Căderile* au o influenţă nefastă asupra morbidităţii şi mortalităţii în rândul pacienţilor vârstnici din SUA. Căderile reprezintă cauza principală a leziunilor care nu duc la deces şi sunt responsabile de o creştere dramatică a mortalităţii după vârsta de 65 de ani, de la aproximativ 5/100.000 în populaţia generală la 10/100.000 între 65 şi 74 de ani şi la aproximativ 147/100.000 după 85 de ani.[17] Aproximativ 5% din căderi se soldează cu fracturi, de obicei la nivelul pumnului, şoldului, pelvisului sau femurului. Numai o treime din pacienţii cu fracturi revin la nivelul anterior de funcţionalitate şi o treime necesită internare într-o instituţie de îngrijire specializată.[18] Factorii de risc pentru căderi sunt de natură cognitivă şi psihologică, incluzând instabilitatea mersului, postura dezechilibrată, scăderea forţei musculare, tulburările cognitive (de exemplu în demenţă), deficitul vizual şi proprioceptiv şi osteoporoza. Iluminatul slab, scările, scaunele cu înălţime nepotrivită, suprafeţele neregulate şi alunecoase, precum şi încălţămintea inadecvată reprezintă pericole din mediul înconjurător care de cele mai multe ori pot fi corectate. De câte ori este posibil medicii ar trebui să colaboreze cu pacienţii şi familiile lor pentru modificarea acestor factori de risc. Evaluările mediului casnic s-au dovedit utile pentru reducerea riscurilor ambientale, la fel ca şi programele de exerciţii care ameliorează echilibrul şi forţa musculară a pacienţilor (vezi Capitolul 20, Adultul vârstnic, pag. 910-911).

Osteoporoza: Screening şi profilaxie. Osteoporoza reprezintă un risc major pentru sănătatea publică în SUA[18-21].

- 10 milioane de americani suferă de osteoporoză şi 34 de milioane au un risc crescut din cauza scăderii masei osoase.

- Osteoporoza poate apărea la orice vârstă, iar 42% din pacienţii cu risc crescut sunt de sex masculin. Prevalenţa în rândul femeilor de rasă albă din SUA creşte de la 15% între 50 şi 59 de ani, la 70% la femeile peste 80 de ani. Prevalenţa la pacientele afro-americane de peste 50 de ani este de 12%, iar la cele hispanice de 18%.

- Una din două femei şi unul din patru bărbaţi cu vârstă peste 50 de ani vor suferi o fractură osteoporotică. Aproximativ o treime din fracturi se produc la femei mai tinere.

- 20% din pacienţii cu fracturi de şold osteoporotice mor în primul an.

Institutul Naţional de Sănătate defineşte osteoporoza drept „o tulburare scheletală caracterizată prin compromiterea rezistenţei osoase şi care expune pacientul la un risc crescut de fracturi."[19] *Rezistența osoasă* reflectă atât *densitatea*, cât şi *calitatea osului*. *Densitatea osoasă* este determinată de interacţiunea dintre masa osoasă (maximă în decada a doua), formarea de ţesut osos nou şi resorbţia sau distrugerea osului. *Calitatea osului* se referă la „arhitectură, metabolism, acumularea distrugerilor produse de microfracturi, şi mineralizare". De obicei osteoporoza apare în urma diminuării ţesutului osos prin înaintarea în vârstă, dar poate fi cauzată şi de reducerea masei osoase din cauza unei creşteri osoase suboptime în copilărie şi adolescenţă.

Nu există o modalitate directă de măsurare a rezistenţei osoase. Densitatea minerală osoasă, care este responsabilă de aproximativ 70% din rezistenţa osoasă, este utilizată ca determinare orientativă.[19] Organizaţia Mondială a Sănătăţii foloseşte densitatea osoasă pentru a defini osteopenia şi osteoporoza:

- *Osteopenia* reprezintă o densitate osoasă cu 1,0–2,5 deviaţii standard sub media determinată pentru femeile albe adulte tinere (scor T între –2,5 şi –1,0).

- *Osteoporoza* reprezintă o densitate osoasă cu cel puţin 2,5 deviaţii standard sub media determinată pentru femeile albe adulte tinere (scor T mai mic de –2,5).

Scorurile Z pentru subiecţii de aceeaşi vârstă din lotul martor sunt mai utile în cazul persoanelor tinere, deoarece permit comparaţiile cu pacienţii de aceeaşi vârstă, înălţime şi greutate. Densitatea osoasă se măsoară la nivelul şoldului, colului femural, triunghiului Ward al colului femural, marelui trohanter, determinându-se şi densitatea totală a şoldului, care include toate măsurătorile. O scădere de 10% a densităţii osoase, echivalentă cu 1,0 deviaţie standard, se asociază cu o creştere de 20% a riscului de fracturi.

US Preventive Services Task Force recomandă screeningul de rutină al densităţii osoase la femeile cu vârstă ≥65 de ani şi la cele mai tinere cu factori de risc.[22] Riscul relativ de fractură este mai mare la pacientele cu osteoporoză; totuşi, aproximativ jumătate din fracturile asociate cu fragilitate osoasă se produc în grupul pacientelor cu osteopenie, care este mai numeros.[23]

FACTORI DE RISC PENTRU OSTEOPOROZĂ[19,23]

- Menopauza la femeile de rasă albă
- Vârsta peste 50 de ani
- Greutatea sub 70 de kg
- Rude de gradul întâi cu fracturi în antecedente
- Antecedente personale de fracturi
- Consum crescut de alcool
- Femei cu menarhă tardivă sau menopauză precoce
- Fumători
- Niveluri scăzute ale 25-hidroxi-vitaminei D
- Tratament cu corticosteroizi mai mult de 2 luni
- Afecţiuni inflamatorii ale sistemelor osteomuscular, pulmonar sau gastro-intestinal, inclusiv boala celiacă, afecţiunile renale cronice, transplantul de organ, hipogonadismul, anorexia nervoasă

Întrebările de bază pentru screening la femeile vârstnice includ următoarele: Aţi suferit vreodată o fractură? Vreunul din părinţii dumneavoastră a suferit o fractură? Fumaţi? Ce greutate aveţi? Aţi făcut vreodată tratament de substituţie hormonală?[21] Screeningul trebuie extins şi la femeile mai tinere şi bărbaţii cu factori de risc. Greutatea corporală scăzută este cel mai bun factor predictiv al densităţii osoase scăzute, iar densitatea osoasă de la nivelul colului femural este cel mai bun factor predictiv al fracturii de şold.[22,24] Căderile cresc riscul de fracturi, deci trebuie să evaluaţi şi factorii de risc pentru căderi: tulburările cognitive, vederea sau mersul; deficitele neuromusculare; şi medicamentele care afectează echilibrul.

Utilizarea în scop terapeutic a agenţilor disponibili şi variantele de tratament al osteoporozei sunt prezentate pe scurt în continuare:[25]

- Aportul crescut de *calciu* reduce hiperparatiroidismul asociat înaintării în vârstă şi creşte mineralizarea ţesutului osos nou format.
- Până la două treimi din pacienţii cu fracturi de şold au carenţă de *vitamina D*, esenţială pentru absorbţia calciului şi pentru forţa musculară.[25]
- *Agenţii antiresorbtivi* inhibă activitatea osteoclastelor şi încetinesc remodelarea osoasă, permiţând o mineralizare mai bună a matricei osoase şi stabilizarea microarhitecturii trabeculare. Aceşti agenţi includ bifosfonaţii, modulatorii selectivi ai receptorilor estrogenici (SERM), calcitonina, şi estrogenul administrat după menopauză, controversat în prezent din cauza riscurilor asociate de apariţie a cancerului de sân şi a problemelor vasculare.
- *Agenţii anabolici*, de tipul parathormonului, stimulează formarea osoasă acţionând în principal asupra osteoblastelor, dar trebuie administraţi subcutanat, iar în timpul acestui tip de tratament trebuie monitorizată hipercalcemia. Sunt rezervaţi pentru cazurile moderate sau severe de osteoporoză.

- *Exerciţiile fizice regulate* care includ ridicarea greutăţilor şi antrenamentele de rezistenţă pot creşte densitatea osoasă şi forţa musculară, dar nu s-a demonstrat încă dacă reduc şi riscul de fracturi.[19] Programele multidisciplinare pentru îmbunătăţirea forţei musculare, a echilibrului, a siguranţei în mediul casnic şi a celei terapeutice pot reduce riscul de cădere.

Deşi estrogenul are efecte benefice asupra densităţii osoase, trei studii recente au demonstrat creşterea riscului de accident vascular cerebral la femeile care primesc terapie de substituţie hormonală, precum şi menţinerea riscului de boală coronariană; două dintre aceste studii au demonstrat creşterea riscului de cancer de sân.[26-28] US Preventive Services Task Force recomandă în prezent evitarea utilizării de rutină a estrogenului şi a progesteronului pentru profilaxia afecţiunilor cronice la femeile aflate la menopauză.[29] În ciuda interesului public, nu s-a demonstrat că estrogenii naturali, inclusiv fito-estrogenii derivaţi din plante, reduc riscul de fracturi.[19]

EXAMINAREA ARTICULAŢIILOR: ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE ŞI TEHNICI DE EXAMINARE

Elemente importante în examenul obiectiv al articulaţiilor

- Inspecţia simetriei şi alinierii articulare, a deformărilor osoase
- Inspecţia şi palparea ţesuturilor învecinate, urmărind modificări tegumentare, noduli, atrofii musculare, crepitaţii
- Amplitudinea mişcărilor şi manevre de testare a funcţiei şi stabilităţii articulare, a integrităţii ligamentare, a tendoanelor şi burselor, mai ales dacă s-a produs un traumatism sau în prezenţa durerii
- Evaluarea inflamaţiei sau artritei, mai ales dacă există tumefacţie, căldură locală, sensibilitate şi eritem local

În timpul interviului aţi evaluat capacitatea pacientului de a-şi desfăşura activităţile cotidiene normale. Pe parcursul efectuării examenului clinic păstraţi în minte rezultatele acestei evaluări.

În cadrul inspecţiei generale a pacientului aţi evaluat aspectul său general, proporţiile corporale şi uşurinţa mişcărilor. Acum vizualizaţi anatomia sistemului osteomuscular şi amintiţi-vă elementele principale din anamneză – de exemplu, mecanismul traumatismului dacă a existat o leziune traumatică, sau evoluţia în timp a simptomelor şi a limitărilor funcţionale din artrită.

Examinarea pe care o efectuaţi trebuie să fie sistematică. Trebuie să includă inspecţia, palparea reperelor osoase, a articulaţiilor şi structurilor tisulare moi, determinarea amplitudinii mişcărilor şi *manevre speciale* pentru testarea unor mişcări specifice. Amintiţi-vă că forma anatomică a fiecărei articulaţii îi determină amplitudinea mişcării. Există două *tipuri de mişcări: active* (executate de către pacient) şi *pasive* (de către examinator).

INDICII PENTRU EXAMINAREA SISTEMULUI OSTEOMUSCULAR

- În timpul inspecţiei, stabiliţi dacă afectarea este *simetrică*. Există o modificare simetrică a articulaţiilor în ambele jumătăţi ale corpului, sau modificările afectează numai una sau două articulaţii?

Afectarea acută a unei singure articulaţii sugerează un traumatism, artrită septică, sau gută. *Artrita reumatoidă* afectează de obicei mai multe articulaţii, în mod simetric.[30-32]

Observaţi orice *deformări articulare* sau *defecte de aliniere* a oaselor.

Contractura Dupuytren (pag. 650), genu varum, sau genu valgum

(se continuă în pagina următoare)

INDICII PENTRU EXAMINAREA SISTEMULUI OSTEOMUSCULAR (CONTINUARE)

- Evaluaţi *ţesuturile învecinate* prin inspecţie şi palpare, observând dacă există modificări cutanate, noduli subcutanaţi şi atrofii musculare. Căutaţi prezenţa *crepitaţiilor*, care sunt senzaţii auditive sau palpatorii produse de deplasarea ligamentelor sau tendoanelor pe suprafeţele oaselor, asemănătoare zgomotului făcut de zăpadă sub paşi. Crepitaţiile pot fi prezente şi în articulaţiile normale, dar au o semnificaţie mai mare atunci când se asociază cu semne sau simptome.

Noduli subcutanaţi în *artrita reumatoidă* sau *febra reumatică*; revărsate în traumatisme; crepitaţii la nivelul articulaţiilor inflamate în *osteoartrită*, sau inflamaţia tecilor tendinoase

- Verificaţi amplitudinea mişcărilor cu ajutorul unor manevre (descrise pentru fiecare articulaţie) pentru a demonstra *limitarea mişcărilor* sau instabilitatea articulară cauzată de mobilitatea excesivă a ligamentelor articulare, numită *laxitate ligamentară*.

Limitarea mişcărilor în artrită, inflamaţia ţesuturilor adiacente unei articulaţii, fibroză intra- sau peri-articulară, sau fixarea oaselor (*anchiloză*). Laxitate ligamentară a LIA în traumatismele genunchiului.

- În cele din urmă, testaţi *forţa musculară* pentru a evalua suplimentar funcţia articulară (pentru aceste tehnici, vezi Capitolul 17).

Atrofie musculară sau deficit motor în *artrita reumatoidă*.

Fiţi atenţi în mod special la *semnele de inflamaţie şi artrită*.

- *Tumefacţia*. Tumefacţia palpabilă poate afecta : (1) membrana sinovială care devine împăstată şi neregulată la palpare; (2) revărsat al lichidului sinovial în exces în interiorul spaţiului articular; sau (3) structurile tisulare moi, precum bursele, tendoanele şi tecile tendoanelor.

O membrană sinovială împăstată şi neregulată la palpare sugerează *sinovită*, însoţită frecvent de revărsat articular. Lichid articular palpabil în revărsate, durere la nivelul tecilor tendinoase în *tendinite*.

Artrită, tendinită, bursită, *osteomielită*

- *Căldura locală*. Folosiţi faţa dorsală a degetelor pentru a compara articulaţia afectată cu cea controlaterală sau cu ţesuturile învecinate dacă ambele articulaţii sunt afectate.
- *Durerea*. Încercaţi să identificaţi structura anatomică specifică la nivelul căreia se manifestă durerea. Traumatismele pot provoca la rândul lor durere.

Durerea şi căldura locală la nivelul unei sinoviale îngroşate sugerează prezenţa artritei sau a unei infecţii.

- *Eritemul*. Eritemul tegumentului supraiacent este *cel mai rar* întâlnit semn al inflamaţiei periarticulare.

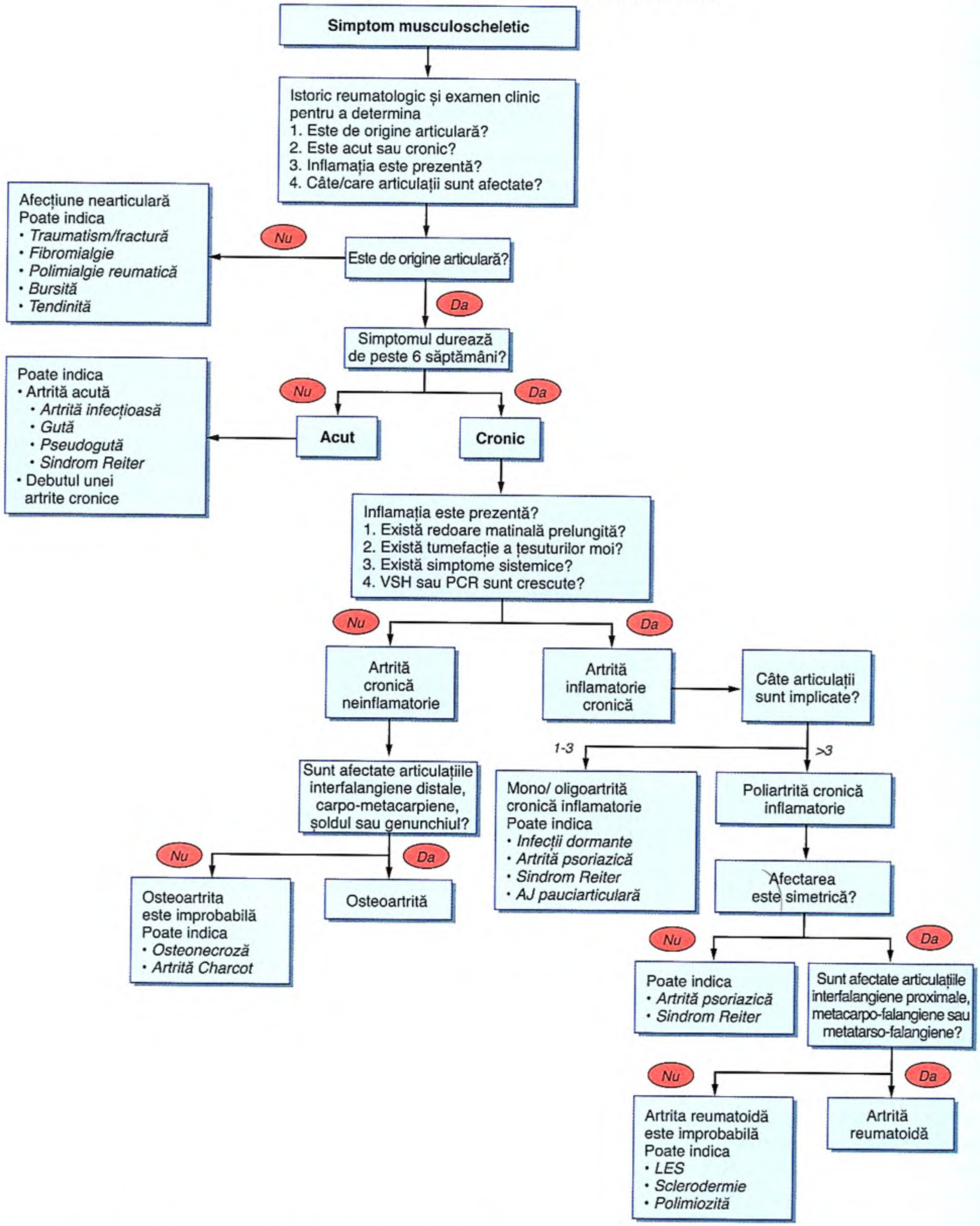
Eritemul de la nivelul unei articulaţii sugerează prezenţa artritei septice, a gutei, sau uneori a *artritei reumatoide*.

Dacă o persoană prezintă dureri articulare, mobilizaţi-o cu blândeţe. Pacienţii pot prefera să se mobilizeze singuri. Permiteţi-le să vă demonstreze cum se descurcă. Dacă s-a produs un traumatism articular, evaluaţi necesitatea unei radiografii înainte de a încerca mobilizarea.

Detaliile necesare pentru examinarea sistemului osteomuscular sunt foarte diverse. Acest capitol prezintă tehnicile de examinare folosite atât pentru examinarea extensivă a funcţiei articulare, cât şi pentru cea ţintită. Pacienţii cu probleme osteomusculare extinse sau severe vor necesita un timp mai îndelungat. Un examen mai scurt pentru cei fără simptome osteomusculare este prezentat în Capitolul 4 (vezi pag. 111).

Pentru a sistematiza mai uşor modul de examinare osteomusculară, studiaţi diagrama din pagina următoare despre simptomele musculoscheletice.

ABORDAREA SIMPTOMATOLOGIEI MUSCULOSCHELETICE

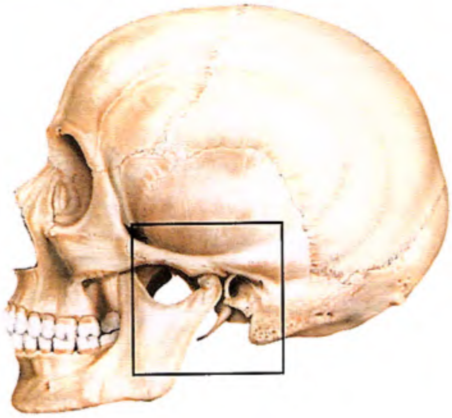


După Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al., eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005. VSH, viteza de sedimentare a hematiilor; PCR, proteina C reactivă;PMR, polimialgie reumatică; LES, lupus eritematos sistemic; AJ, artrită juvenilă.

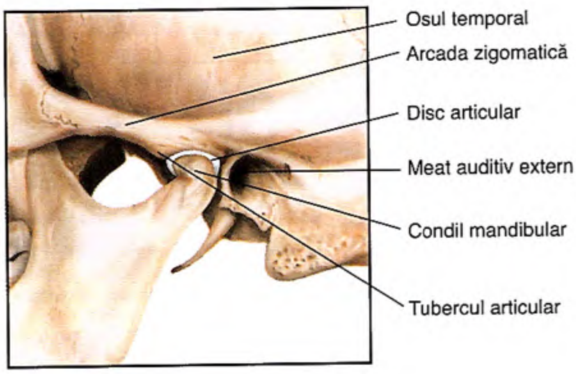
ARTICULAȚIA TEMPORO-MANDIBULARĂ (ATM)

Prezentare generală, structuri osoase și articulații

Articulaţia temporo-mandibulară este cea mai activă articulaţie din organism, deschizându-se şi închizându-se de până la 2000 de ori pe zi. Este alcătuită din fosa şi tuberculul articular al osului temporal şi din condilul mandibulei. Se situează la jumătatea distanţei dintre meatul auditiv extern şi arcada zigomatică.

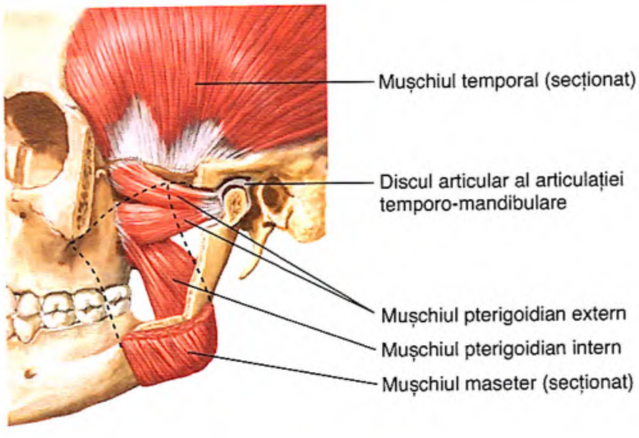


Un disc fibro-cartilaginos amortizează interacţiunea dintre condilul mandibular şi membrana sinovială şi capsula suprafeţelor articulare ale osului temporal. Prin urmare este o articulaţie condiliană sinovială.



Grupuri musculare și structuri asociate

Muşchii principali care deschid cavitatea bucală sunt *pterigoidienii externi*. Muşchii care închid cavitatea bucală sunt inervaţi de nervul cranian V, trigemen (vezi pag. 659) şi sunt reprezentaţi de *maseter*, *temporal* şi *pterigoidieni interni*.



Tehnici de examinare

Inspecţie şi palpare. Evaluaţi prin inspecţie simetria faciesului. Inspectaţi ATM căutând semne de tumefacţie sau eritem. Tumefacţia poate apărea sub forma unei proeminenţe rotunjite la o distanţă de aproximativ 0,5 cm anterior de meatul auditiv extern.

Asimetrie facială asociată cu *sindromul ATM*. Trăsăturile caracteristice sunt durerea cronică unilaterală în timpul masticaţiei, contractura mandibulei, sau bruxismul, asociate deseori cu stresul (se poate prezenta şi cu cefalee). Durere în timpul masticaţiei şi în *nevralgia trigeminală, arterita temporală*.

Tumefacţie, durere şi limitarea mişcărilor în inflamaţii sau artrită.

Pentru a localiza şi palpa articulaţia, aşezaţi vârfurile degetelor index imediat anterior de tragusul fiecărei urechi şi rugaţi pacientul să deschidă gura. Vârfurile degetelor vor aluneca în spaţiile articulare pe măsură ce gura se deschide. Verificaţi dacă mişcarea articulaţiei este lină; notaţi orice tumefacţie sau durere. La persoanele normale se pot simţi sau auzi pocnituri sau cracmente.



În traumatisme se poate constata dislocarea ATM.

Crepitaţii palpabile sau pocnituri în ocluzia defectuoasă, în leziunile de menisc, sau în tumefacţia sinovială determinată de traumatisme.

Palpaţi muşchii masticatori:

- Extern, *muşchii maseteri*, la unghiul mandibulei.
- Extern, *muşchii temporali*, în timpul închiderii şi relaxării mandibulei.
- Intern, *muşchii pterigoidieni*, între stâlpii amigdalieni şi mandibulă.

Durere şi sensibilitate la palpare în *sindromul ATM*.

Mişcări articulare şi manevre. Articulaţia temporo-mandibulară poate executa mişcări de culisare în partea sa superioară şi mişcări de închidere-deschidere (tip balama) în partea inferioară. Masticaţia se realizează în principal prin mişcările de culisare din compartimentele superioare.

Mişcările se pot desfăşura pe trei direcţii: rugaţi pacientul să deschidă şi să închidă gura, să efectueze mişcări de protruzie şi retracţie (prin împingerea înainte a bărbiei) şi de lateralitate. În mod obişnuit, atunci când gura este larg deschisă pot fi introduse trei degete între incisivi. În timpul protruziei normale a mandibulei, dinţii arcadei inferioare pot ajunge în faţa celor de pe arcada superioară.

ARTICULAȚIA UMĂRULUI

Prezentare generală

Articulaţia gleno-humerală a umărului se caracterizează printr-o varietate de mişcări ample în toate direcţiile. Această articulaţie nu este limitată de structuri osoase. Capul humerusului ia contact cu mai puţin de o treime din suprafaţa articulară a cavităţii glenoide şi practic este suspendat de scapulă, fiind ataşat prin capsula articulară, ligamentele capsulare intra-articulare, cartilajul circumferenţial glenoidian şi o reţea de muşchi şi tendoane.

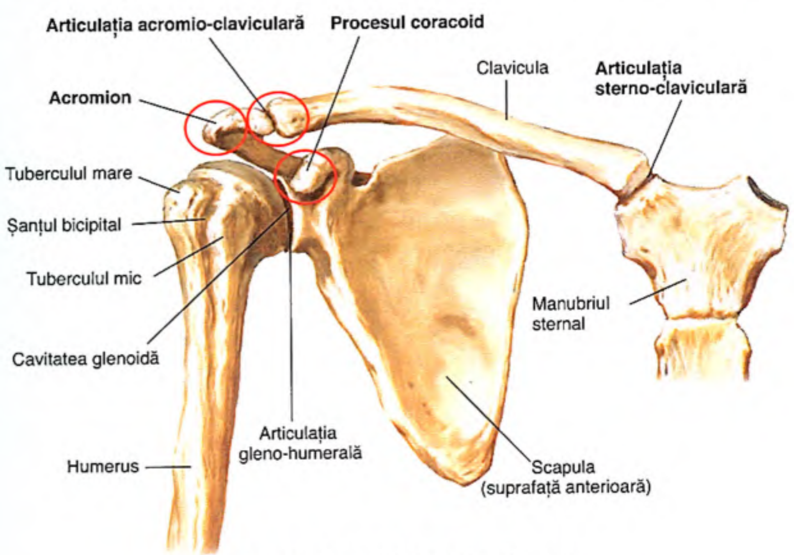
Umărul îşi datorează mobilitatea unei structuri complexe alcătuite din patru articulaţii, trei oase mari şi trei grupuri musculare principale, structură numită *centură scapulară*. Componentele sale se împart în *stabilizatori dinamici*, care au capacitate de mişcare, şi *stabilizatori statici*, cei incapabili de mişcare.

- *Stabilizatori dinamici:* muşchii SITS (supraspinatus, infraspinatus, teres minor şi subscapularis – supraspinos, infraspinos, rotund mic şi subscapular) din centura rotatorie a umărului, care deplasează humerusul şi stabilizează capul humerusului în cavitatea glenoidă.

- *Stabilizatori statici:* structurile osoase din centura scapulară, labrumul, capsula articulară şi ligamentele gleno-humerale. *Labrumul* (ligamentul glenoidian) este un inel fibro-cartilaginos circumferenţial la periferia cavităţii glenoide care îi adânceşte concavitatea, oferind o stabilitate mai mare capului humerusului. *Capsula articulară*, formată din tendoanele centurii rotatorii a umărului şi din alţi muşchi capsulari, întărită de ligamentele gleno-humerale, contribuie şi ea la stabilizarea articulaţiei.

Structuri osoase

Elementele osoase ale umărului includ humerusul, clavicula şi scapula (omoplatul). Scapula este ancorată la scheletul trunchiului numai prin articulaţia sterno-claviculară şi prin muşchii care se inseră la nivelul său, structură denumită *articulaţia scapulo-toracică* deoarece nu reprezintă o articulaţie propriu-zisă.



OASELE ARTICULAȚIEI UMĂRULUI

Identificați *manubriul, articulația sterno-claviculară* și *clavicula*. De asemenea, identificați *vârful acromionului, tuberculul mic al humerusului* și *procesul coracoid*, ce reprezintă repere importante în anatomia umărului.

Articulații

La nivelul umărului se găsesc trei articulații diferite:

- *Articulația gleno-humerală*. În această articulație, capul humerusului se articulează cu cavitatea glenoidă a scapulei. Această articulație este situată în profunzime și în mod normal nu poate fi palpată. Este o articulație sferoidală, care permite brațului să efectueze mișcări ample – flexie, extensie, abducție (mișcarea de îndepărtare de trunchi), adducție (apropierea de trunchi), rotație și circumducție.

- *Articulația sterno-claviculară*. Extremitatea medială convexă a claviculei se articulează cu o adâncitură concavă de pe extremitatea superioară a sternului.

- *Articulația acromio-claviculară*. Extremitatea laterală a claviculei se articulează cu acromionul scapulei.

Grupuri musculare

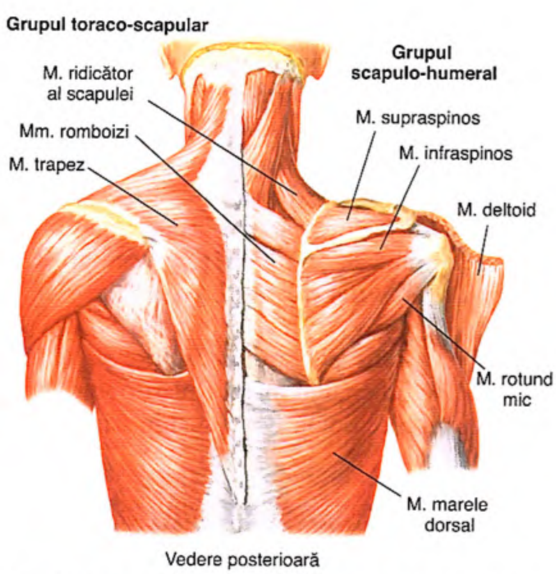
La nivelul umărului se inseră trei grupuri musculare:

Grupul scapulo-humeral. Acest grup se întinde între scapulă și humerus și include mușchii ce se inseră direct pe humerus, numiți *„mușchii SITS"* care alcătuiesc *centura rotatorie a umărului*:

- *Supraspinos* – situat deasupra articulației gleno-humerale; se inseră pe tuberculul mare

- *Infraspinos și rotund mic* – situați posterior de articulația gleno-humerală; se inseră pe tuberculul mare

- *Subscapular (nu este ilustrat)* – cu originea pe suprafața anterioară a scapulei, trece anterior de articulație; se inseră pe tuberculul mic.

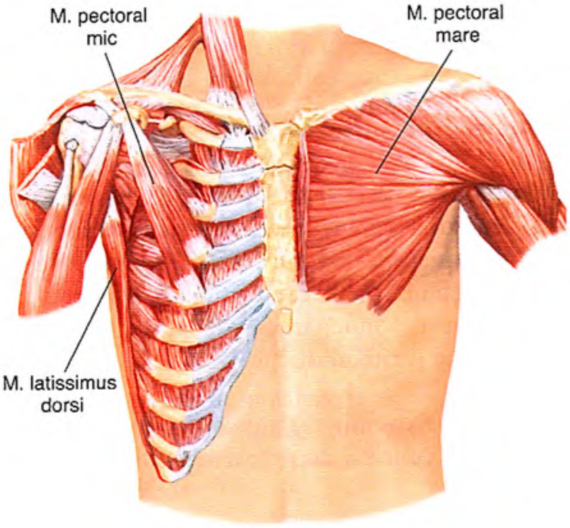


Grupul toraco-scapular (implicați în mișcarea posterioară a umărului)
Grupul scapulo-humeral (mișcarea de rotație laterală a umărului; include centura rotatorie).

Grupul scapulo-humeral efectuează rotaţia laterală a umărului *(centura rotatorie)*, coborând şi rotind capul humerusului (vezi pag. 593-596 pentru detalii despre leziunile centurii rotatorii).

Grupul toraco-scapular. Acest grup ataşează scapula de trunchi şi include muşchii trapez, romboizi, dinţat anterior şi ridicător al scapulei. Aceşti muşchi efectuează rotaţia scapulei.

Grupul toraco-humeral. Acest grup ataşează humerusul de torace şi include muşchii pectoral mare, pectoral mic şi marele dorsal (latissimus dorsi). Aceşti muşchi sunt responsabili de rotaţia internă a umărului.



Grupul toraco-humeral (rotaţia internă a umărului)

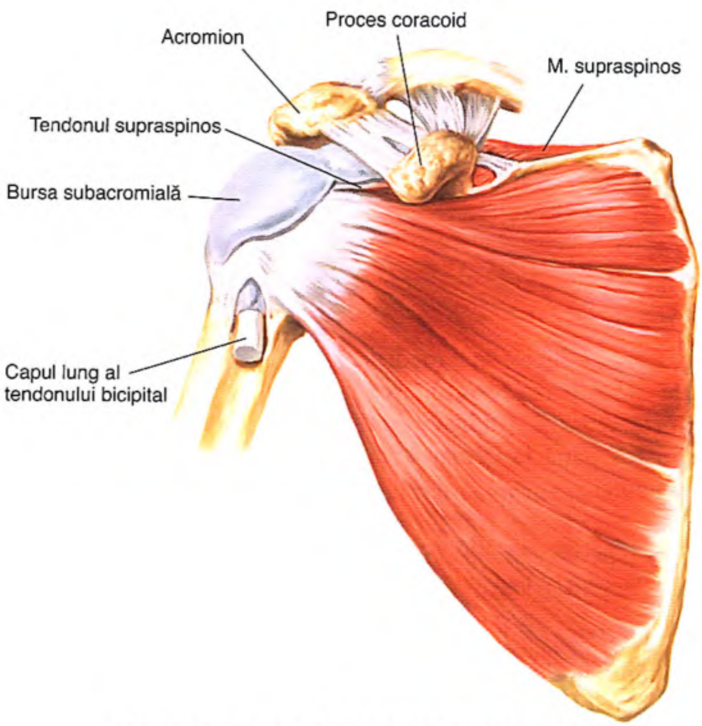
De asemenea, în mişcarea umărului (mai ales în abducţie) sunt implicaţi şi muşchii biceps şi triceps, care fac legătura dintre scapulă şi oasele antebraţului.

Structuri asociate

Capsula articulară şi bursele deţin şi ele roluri importante în mişcarea umărului. În jurul articulaţiei gleno-humerale se află o capsulă articulară fibroasă formată din inserţiile tendinoase ale muşchilor din centura rotatorie şi din alţi muşchi capsulari. Datorită lejerităţii sale, capsula permite distanţarea oaselor şi contribuie la marea mobilitate a articulaţiei umărului. Capsula este căptuşită de o membrană sinovială cu două recesuri - *bursa subscapulară* şi *teaca sinovială a tendonului capului lung al bicepsului.*

Pentru a localiza tendonul bicipital, rotiţi-vă braţul în exterior şi identificaţi coarda tendinoasă situată medial de tuberculul mare. Rulaţi-o între degete. Acesta este tendonul capului lung al bicepsului. Este situat în şanţul bicipital între tuberculul mare şi tuberculul mic.

Principala bursă a umărului este *bursa subacromială*, situată între acromion şi capul humerusului, deasupra tendonului supraspinos. Abducţia umărului comprimă această bursă. În mod obişnuit, tendonul muşchiului supraspinos şi bursa subacromială nu sunt palpabile. Totuşi, dacă suprafeţele bursei sunt inflamate (bursită subacromială), se poate constata prezenţa durerii imediat sub vârful acromionului, durere la abducţie şi rotaţie şi dispariţia mişcărilor cursive.



VEDERE ANTERIOARĂ A ARTICULAȚIEI UMĂRULUI

Tehnici de examinare

Inspecție. Anterior inspectați umărul și centura scapulară, iar posterior inspectați scapula și mușchii învecinați.

Scolioza poate provoca ridicarea unui umăr. În cazul *luxației anterioare de umăr,* aspectul lateral rotunjit al umărului apare aplatizat.[33, 34]

Observați eventuale tumefacții, deformări, atrofii musculare sau fasciculații (tremor fin al musculaturii) sau poziții anormale.

La 2-3 săptămâni de la o *ruptură a centurii rotatorii,* prin atrofia mușchilor supraspinos și infraspinos de pe fața posterioară a scapulei se observă accentuarea proeminenței spinei scapulei.

Căutați tumefacții anterioare ale capsulei articulare sau proeminențe ale bursei subacromiale sub mușchiul deltoid. Evaluați membrul superior în ansamblu căutând modificări de culoare, ale tegumentului, sau contururi osoase anormale.

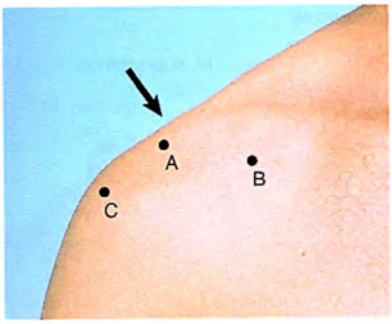
Distensia capsulei articulare devine vizibilă numai după acumularea unei cantități semnificative de lichid sinovial.

Palpare. Începeți cu palparea reperelor osoase ale umărului; palpați apoi orice regiune dureroasă.

Consultați Planșa 16-4, Umărul dureros (pag. 646-647).

- Începând din partea medială, de la *articulația sterno-claviculară*, urmăriți cu degetele clavicula către extremitatea sa laterală.

- Apoi plasați-vă în spatele pacientului și urmăriți cu degetele spina osoasă a scapulei lateral și în sus până ajungeți la acromion (**A**), extremitatea superioară a umărului. Suprafața sa superioară este neregulată și ușor convexă. Identificați vârful anterior al acromionului.

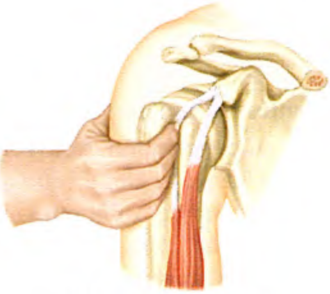


- Menținând indexul pe vârful acromionului, apăsați cu policele spre medial pentru a identifica marginea ușor ridicată care delimitează extremitatea distală a claviculei în *articulația acromio-claviculară* (indicată de săgeată). Deplasați policele spre medial și în jos până la următoarea proeminență osoasă, *procesul coracoid* (**B**) al scapulei.

- Menținând policele pe procesul coracoid, lăsați degetele să coboare și să apuce fața laterală a humerusului pentru a palpa *tuberculul mare* (**C**), locul de inserție a mușchilor SITS.

- În continuare, pentru a palpa *tendonul bicipital* din șanțul intertubercular, țineți policele pe procesul coracoid și restul degetelor pe fața laterală a humerusului. Ridicați indexul și așezați-l la jumătatea distanței dintre procesul coracoid și tuberculul mare, pe suprafața anterioară a brațului. Pentru a verifica prezența unei eventuale sensibilități dureroase a tendonului, puteți rula tendonul cu vârful degetelor. De asemenea, puteți efectua o mișcare de rotație externă a antebrațului, localizați mușchiul distal în apropierea cotului și palpați-l apoi în sens proximal, până în șanțul intertubercular.

Vezi și Tendinita bicipitală din Planșa 16-4, Umărul dureros (pag. 646-647).

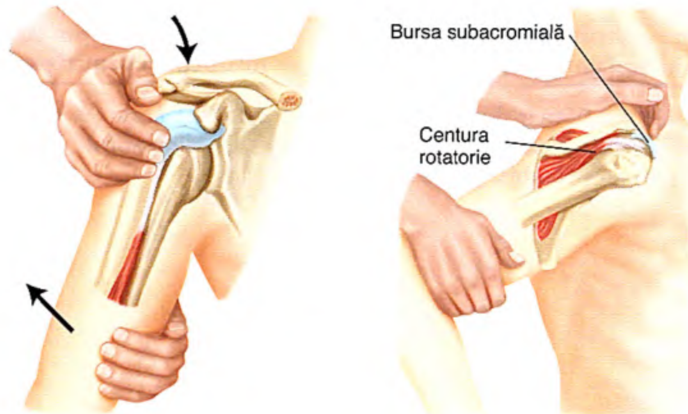


PALPAREA ȘANȚULUI ȘI TENDONULUI BICIPITAL

- Pentru examinarea burselor subacromială și subdeltoidiană, precum și a mușchilor SITS, efectuați întâi extensia pasivă a humerusului ridicând posterior cotul. Prin această manevră aceste structuri se rotesc și se poziționează anterior de acromion. Palpați cu atenție bursele subacromială și subdeltoidiană. Mușchii SITS subiacenți palpabili sunt:
    - Supraspinos – imediat sub acromion
    - Infraspinos – posterior de supraspinos
    - Rotund mic – posterior și inferior de desprinderea mușchiului supraspinos din centura rotatorie
    - (Al patrulea mușchi, subscapular, are inserție anterioară și nu poate fi palpat).

Durerea localizată apare în *bursita subacromială* sau *subdeltoidiană*, în modificările degenerative, sau în calcificările de la nivelul centurii rotatorii.

Tumefacția sugerează *fisura unei burse* și o comunicare cu cavitatea articulară.



Durerea la locul de inserţie a muşchilor SITS şi incapacitatea de ridicare a braţului deasupra umărului se observă în entorse, fisuri şi rupturi tendinoase ale centurii rotatorii, cel mai frecvent ale muşchiului *supraspinos*. Consultaţi Planşa 16-4, Umărul dureros (pag. 646-647).

- Capsula articulară fibroasă şi tendoanele largi, aplatizate ale muşchilor din centura rotatorie sunt atât de apropiate încât trebuie examinate simultan. De obicei tumefacţia capsulei şi a membranei sinoviale se observă cel mai bine privind umărul de sus în jos. Palpaţi capsula şi membrana sinovială anterior şi posterior de acromion.

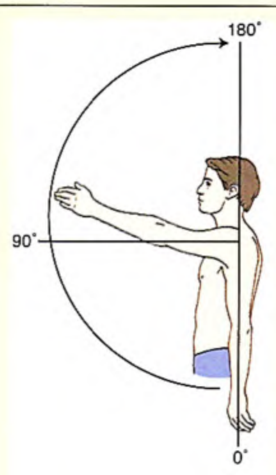
Durerea însoţită de revărsat articular sugerează sinovita articulaţiei gleno-humerale. Dacă marginile capsulei şi membrana sinovială sunt palpabile, înseamnă că există o cantitate moderată sau mare de revărsat. Sinovita minoră a articulaţiei gleno-humerale nu poate fi decelată prin palpare.

Tipuri de mişcări şi manevre

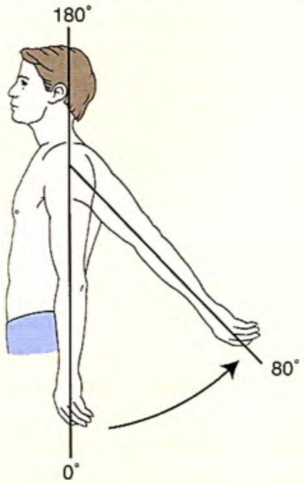
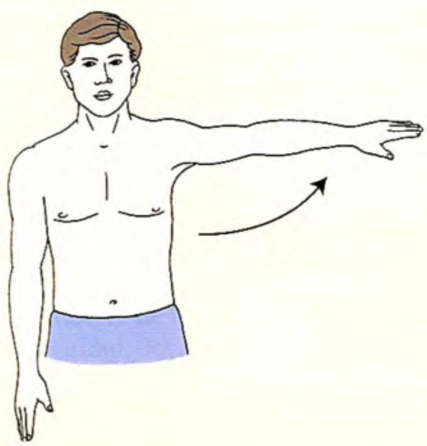
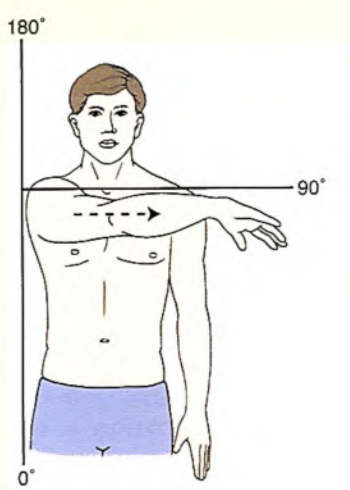
Tipuri de mişcări. Cele şase mişcări ale centurii scapulare sunt flexia, extensia, abducţia, adducţia, rotaţia internă şi rotaţia externă.

Stând în picioare în faţa pacientului, urmăriţi cursivitatea mişcărilor în timp ce pacientul execută manevrele enumerate în tabelul de mai jos. Observaţi grupurile musculare specifice responsabile de fiecare mişcare şi instrucţiunile simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului.

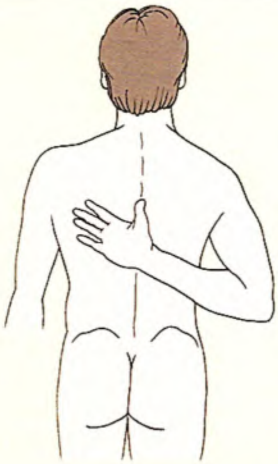
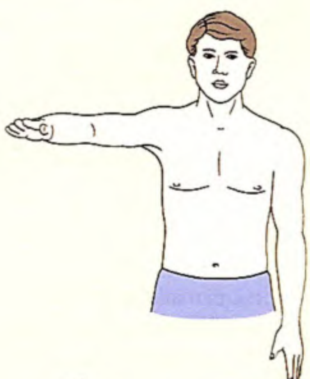
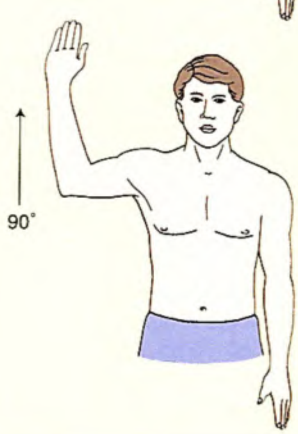
Mişcări cu amplitudine limitată în *bursită, capsulită, fisurile* sau *entorsele centurii rotatorii,* sau *tendinită.*

Tipuri de mişcări ale umărului	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie 	Deltoid anterior, pectoral mare (capul clavicular), coraco-brahial, biceps brahial (capul scurt).	*„Ridicaţi braţele în faţă şi deasupra capului."*

(se continuă)

Tipuri de mişcări ale umărului		Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Extensie		Marele dorsal, rotund mare, deltoid posterior, triceps brahial (capul lung)	*„Ridicaţi braţele în spatele dumneavoastră"*
Abducţie		Supraspinos, deltoid mijlociu, dinţat anterior (prin rotaţia superioară a scapulei)	*„Ridicaţi braţele în lateral şi deasupra capului".* Ţineţi cont că pentru a testa *mişcarea pură gleno-humerală* pacientul trebuie să ridice braţele la nivelul umerilor la 90°, cu palmele îndreptate în jos. Pentru a testa *mişcarea scapulo-toracică*, pacientul trebuie să întoarcă palmele în sus şi să ridice braţele încă 60°. Ultimele 30° testează mişcările gleno-humerală şi scapulo-toracică asociate.
Adducţie		Pectoral mare, coraco-brahial, marele dorsal, rotund mare, subscapular	*„Aşezaţi braţul peste torace".*

(se continuă)

Tipuri de mişcări ale umărului		Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Rotaţie internă		Subscapular, deltoid anterior, pectoral mare, rotund mare, marele dorsal	*„Duceți mâna la spate și atingeți-vă scapula".* Identificaţi cea mai înaltă apofiză spinoasă vertebrală pe care o poate atinge pacientul.
Rotaţie externă	 	Infraspinos, rotund mic, deltoid posterior	*„Ridicați brațul la același nivel cu umărul; îndoiți cotul și rotiți antebrațul spre tavan"* sau *„Duceți mâna la ceafă ca și când v-ați pieptăna."*

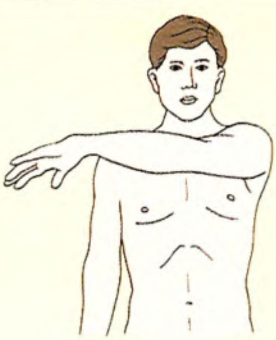
Manevre. Examinarea umărului necesită evaluarea selectivă a mişcărilor şi structurilor. Există peste 20 de manevre diferite de testare a capacităţii funcţionale a umărului, dar nu toate sunt studiate în detaliu.[35] La pag. 596-599 sunt descrise manevrele recomandate în mod frecvent, însoţite de demonstraţii. Aceste manevre vor fi puse în practică sub supravegherea unui îndrumător, ele fiind utile în identificarea proceselor patologice ale articulaţiei umărului.

De cele mai multe ori, durerea prezentă în articulaţia umărului implică centura rotatorie, de obicei prin afectarea tendonului muşchiului supraspinos care ulterior poate progresa anterior şi posterior. Compresia muşchilor şi tendoanelor din centura rotatorie între capul humerusului şi acromion determină „semne de compresie" în timpul unor manevre uzuale precum testele Neer, Hawkins şi testul căderii braţului. Totuşi, cei mai buni factori predictivi ai unei rupturi la nivelul centurii rotatorii sunt deficitul motor al muşchiului supraspinos în abducţie şi al muşchiului infraspinos în rotaţia externă, precum şi un semn de compresie pozitiv.[35, 36]

Vârsta ≥60 de ani şi un rezultat pozitiv la testul căderii braţului sunt elemente care sugerează cu cea mai mare probabilitate o ruptură a centurii rotatorii, cu un raport de probabilitate (LR – likelihood ratio) de 3,2 şi respectiv 5,0. Asocierea dintre deficitul motor al muşchilor supraspinos şi infraspinos, alături de un test de compresie pozitiv creşte probabilitatea unei rupturi la 48,0; dacă toate aceste trei semne sunt absente, LR scade la 0,02, diagnosticul fiind practic exclus.[35,36]

Manevre de examinare a umărului

Structură	Tehnică
Articulaţia acromio-claviculară	Palpaţi şi comparaţi ambele articulaţii, căutând tumefacţii sau durere. Deplasaţi braţul pacientului în adducţie perpendicular pe torace (uneori numit *"testul încrucişării"*).



Consultaţi Planşa 16-4, Umărul dureros (pag. 646-647). Sensibilitatea sau durerea localizată în timpul *adducţiei* sugerează inflamaţia sau artrita articulaţiei acromio-claviculare. Însă durerea are sensibilitate de aproximativ 95% şi specificitate de 10%; în cazul adducţiei valorile sunt de aproximativ 80% şi respectiv 50%.

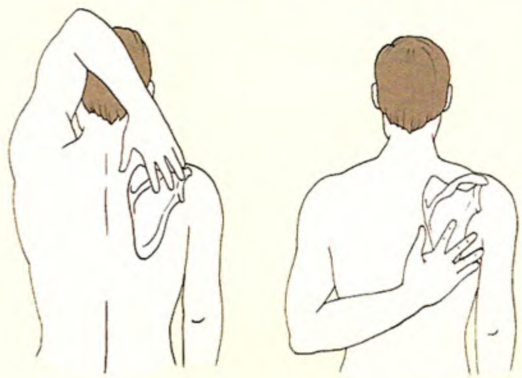
(se continuă)

• Manevre de examinare a umărului (continuare)

Structură — **Tehnică**

Rotaţia completă a umărului

Rugaţi pacientul să atingă scapula controlaterală executând cele două mişcări ilustrate mai jos (testul Apley).



Testează abducţia şi rotaţia externă.

Testează adducţia şi rotaţia internă.

Exemple de anomalii: Dificultăţile în timpul efectuării acestor mişcări sugerează o afecţiune a centurii rotatorii a umărului.

Centura rotatorie a umărului

Testaţi *semnul de compresie Neer*. Apăsaţi cu o mână scapula pentru a o imobiliza, iar cu cealaltă mână ridicaţi braţul pacientului. Această manevră comprimă tuberculul mare de acromion.



Exemple de anomalii: Un *test pozitiv* este reprezentat de apariţia durerii în timpul acestei manevre şi indică o posibilă *ruptură la nivelul centurii rotatorii.*

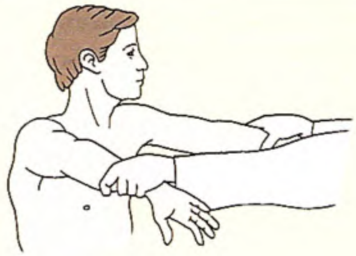
Testaţi *semnul de compresie Hawkins*. Efectuaţi flexia umărului şi cotului la 90° cu palma îndreptată în jos. Apoi, cu o mână pe antebraţ şi cu cealaltă pe braţ, executaţi rotaţia internă a braţului. Această manevră comprimă tuberculul mare de ligamentul coraco-acromial.



Exemple de anomalii: Un *test pozitiv* este reprezentat de apariţia durerii în timpul acestei manevre şi indică o posibilă *ruptură la nivelul centurii rotatorii.*

(se continuă)

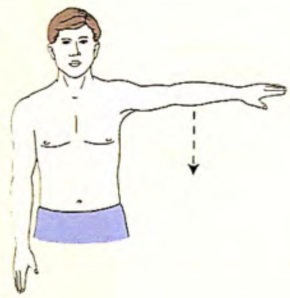
Manevre de examinare a umărului (continuare)

Structură	Tehnică	Exemple de anomalii
	Testați *forța musculară a mușchiului supraspinos* (uneori numit „testul cănii goale”). Ridicați brațele pacientului la 90° și rotiți-le în interior cu policele îndreptate în jos, ca și când ar goli o cană. Rugați pacientul să se opună în timp ce aplicați o presiune asupra brațelor. 	Un *test pozitiv* este reprezentat de scăderea forței musculare (deficit motor) în timpul acestei manevre și indică o posibilă *ruptură la nivelul centurii rotatorii.*
	Testați *forța musculară a mușchiului infraspinos.* Rugați pacientul să mențină brațele în lateral pe lângă corp și să-și îndoaie coatele la 90° cu policele în sus. Opuneți rezistență în timp ce pacientul încearcă să-și depărteze antebrațele. 	Un *test pozitiv* este reprezentat de scăderea forței musculare în timpul acestei manevre și indică o posibilă *ruptură la nivelul centurii rotatorii* sau o *tendinită bicipitală.*
	Testați *mișcarea de supinație a antebrațului.* Flectați antebrațul pacientului la 90° în articulația cotului și efectuați o mișcare de pronație a pumnului. Opuneți rezistență în timp ce pacientul încearcă să execute supinația antebrațului. 	Un *test pozitiv* este reprezentat de apariția durerii în timpul acestei manevre și indică inflamația capului lung al tendonului bicipital și o posibilă *ruptură la nivelul centurii rotatorii.*

(se continuă)

• Manevre de examinare a umărului (continuare)

Structură	Tehnică	Exemple de anomalii
	Testaţi *semnul „căderii braţului"*. Rugaţi pacientul să execute o mişcare completă de abducţie a braţului până la nivelul umărului (sau până la 90°) şi apoi să-l coboare lent. (Ţineţi cont de faptul că abducţia deasupra nivelului umărului, între 90° şi 120°, reflectă acţiunea muşchiului deltoid.)	Testul este *pozitiv* dacă pacientul nu poate să menţină braţul în abducţie completă la nivelul umărului şi indică o *ruptură* la nivelul *centurii rotatorii* (LR 5,0).[35]



ARTICULAŢIA COTULUI

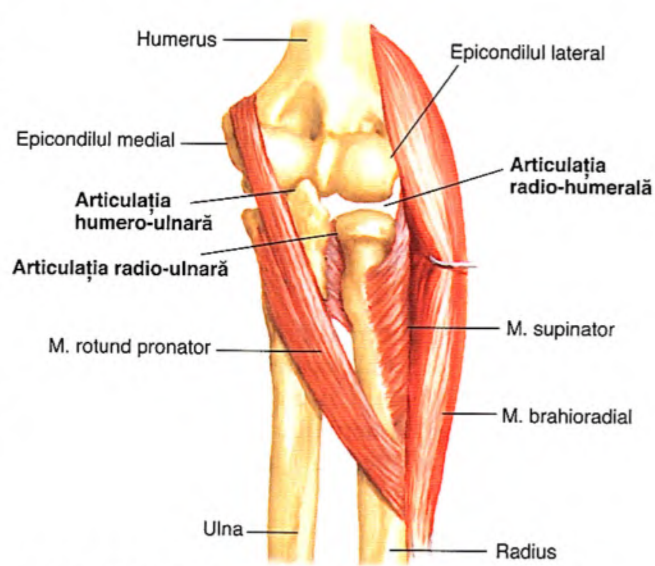
Prezentare generală, structuri osoase şi articulaţii

Cotul contribuie la poziţionarea mâinii în spaţiu şi stabilizează acţiunea de pârghie a antebraţului. Articulaţia cotului este formată de humerus şi de cele două oase ale antebraţului, radius şi ulna (cubitus). Identificaţi epicondilii medial şi lateral ai humerusului şi olecranul ulnei.

Aceste oase au trei articulaţii: articulaţia *humero-ulnară*, *radio-humerală* şi *radio- ulnară*. Aceste trei articulaţii au în comun o cavitate articulară mare tapetată cu o sinovială de mari dimensiuni.

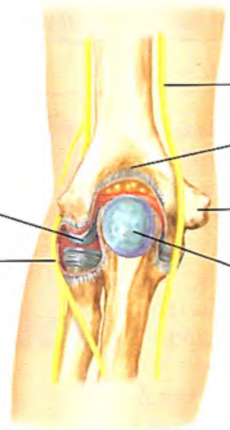
Grupuri musculare şi structuri asociate

Muşchii care traversează articulaţia cotului includ *biceps* şi *brahioradial* (flexie), *triceps* (extensie), *rotund pronator* (pronaţie) şi *supinator* (supinaţie).



ARTICULAŢIA COTULUI STÂNG – VEDERE ANTERIOARĂ

Observați amplasarea *bursei olecraniene* între olecran și tegument. În mod normal această bursă nu poate fi palpată, dar când este inflamată devine tumefiată și dureroasă. *Nervul ulnar* trece posterior în șanțul ulnar, între epicondilul medial și olecran. Pe fața ventrală a antebrațului, *nervul median* are traiect imediat medial de artera brahială.



COTUL STÂNG – VEDERE POSTERIOARĂ

Tehnici de examinare

Inspecție. Susțineți antebrațul pacientului cu mâna dumneavoastră opusă astfel încât cotul să fie flectat la aproximativ 70°. Identificați epicondilii medial și lateral, precum și olecranul ulnei. Inspectați contururile cotului, inclusiv suprafața de extensie a ulnei și olecranul. Căutați prezența oricăror noduli sau tumefacții.



Consultați Planșa 16-5, Cotul tumefiat sau dureros (pag. 648).

Tumefacție la nivelul olecranului în bursita olecraniană (vezi pag. 648); inflamație sau lichid sinovial în artrită.

Palpare. Palpați olecranul și apăsați pe condili pentru a verifica prezența durerii. Observați orice deplasare a olecranului.

Sensibilitate dureroasă distal de epicondil în *epicondilita laterală* (cotul jucătorului de tenis) și mai rar în *epicondilita medială* (cotul jucătorului de golf sau de baseball).

Olecranul este deplasat posterior *în luxația posterioară a cotului* și în *fractura supracondiliană.*

Palpați șanțurile dintre epicondili și olecran, urmărind prezența durerii, a tumefacției sau a unei împăstări. Sinoviala poate fi examinată cu cea mai mare ușurință între olecran și epicondili. (În mod normal nici sinoviala, nici bursa nu pot fi palpate). Sensibilul nerv ulnar poate fi palpat pe fața posterioară, între olecran și epicondilul medial.



LUXAȚIA POSTERIOARĂ A COTULUI

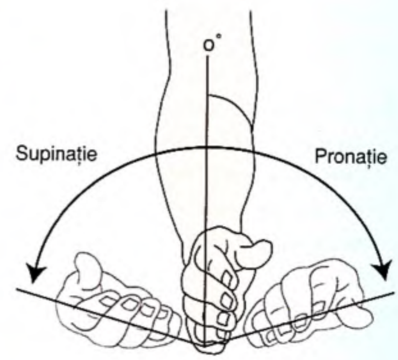


FRACTURĂ SUPRACONDILIANĂ DE COT

Tipuri de mişcări şi manevre. Tipurile de mişcări includ *flexia* şi *extensia* cotului, precum şi *pronaţia* şi *supinaţia* antebraţului. Tabelul următor prezintă muşchii specifici responsabili de fiecare mişcare şi instrucţiunile clare şi simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului.

Extensia completă a cotului face ca prezenţa revărsatului intra-articular sau a hemartrozei să fie puţin probabilă.

Tipuri de mişcări ale articulaţiei cotului	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie	Biceps brahial, brahial, brahioradial	*„Îndoiţi cotul"*
Extensie	Triceps brahial, anconeu	*„Întindeţi cotul"*
Supinaţie	Biceps brahial, supinator	*„Întoarceţi palmele în sus, ca şi când aţi duce un castron cu supă"*
Pronaţie	Rotund pronator, pătrat pronator	*„Întoarceţi palmele în jos"*



ARTICULAŢIILE CARPULUI ŞI MÂNA

Prezentare generală

Carpul şi mâinile formează o unitate complexă alcătuită din articulaţii mici şi foarte active, folosite aproape continuu în timpul perioadelor de veghe. Ţesuturile moi supraiacente oferă o protecţie redusă, crescând astfel vulnerabilitatea la traumatisme şi invaliditate.

Structuri osoase

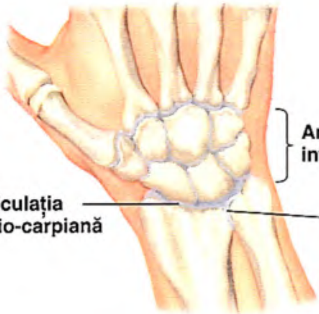
Regiunea carpiană include extremităţile distale ale radiusului şi ulnei, alături de opt oase carpiene mici. Identificaţi la nivelul regiunii carpiene proeminenţele osoase ale radiusului şi ulnei.

Oasele carpiene sunt situate distal de articulaţia pumnului la nivelul mâinii. Identificaţi oasele carpiene, fiecare din cele cinci metacarpiene şi falangele proximale, mijlocii şi distale. Observaţi că policele nu are falangă mijlocie.



Articulații

Dexteritatea neobişnuită a mâinilor se datorează numeroaselor articulaţii ale carpului şi mâinii.



- *Articulaţiile carpului.* Articulaţiile carpului includ *articulaţia radio-carpiană* sau *a încheieturii mâinii, articulaţia radio-ulnară distală* şi *articulaţiile intercarpiene.* Capsula articulară, discul articular şi membrana sinovială de la nivelul carpului interconectează radiusul de ulnă şi de oasele carpiene proximale. Localizaţi pe faţa dorsală a regiunii carpiene şanţul *articulaţiei radio-carpiene*, responsabilă în mare parte de flexia şi extensia pumnului deoarece ulna nu se articulează direct cu oasele carpiene.



- *Articulaţiile mâinii.* Articulaţiile mâinii includ *articulaţiile metacarpo-falangiene* (MCF), *articulaţiile interfalagiene proximale (IFP)* şi *articulaţiile interfalangiene distale* (IFD). Efectuaţi flexia mâinii şi căutaţi şanţul fiecărei articulaţii MCF de la fiecare deget. Acesta este situat distal de încheietură şi se identifică cel mai uşor pe fiecare faţă a tendonului extensor.

Grupuri musculare

Flexia pumnului este realizată de doi muşchi carpieni, localizaţi pe suprafeţele radială şi ulnară. Doi muşchi radiali şi unul ulnar sunt responsabili de extensia carpului. Supinaţia şi pronaţia sunt realizate de contracţia muşchilor antebraţului.

Policele este acţionat de trei muşchi care formează eminenţa tenară şi sunt responsabili de flexie, abducţie şi opoziţie. Muşchii extensori se află la baza policelui, de-a lungul marginii sale radiale. Mişcarea degetelor depinde de acţiunea tendoanelor de flexie şi extensie a muşchilor antebraţului şi regiunii carpiene.

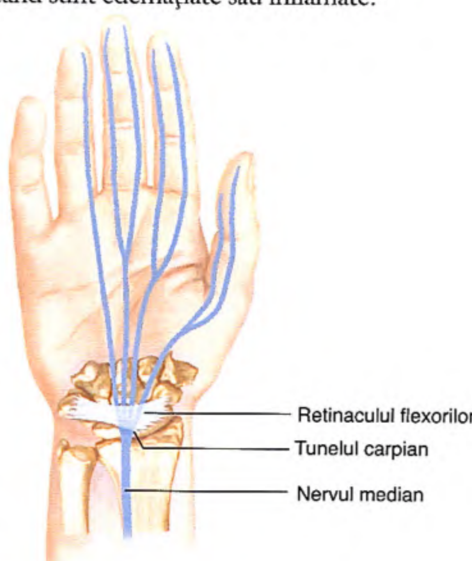
Muşchii intrinseci ai mâinii cu inserţie pe oasele metacarpiene sunt implicaţi în flexia *(muşchii lumbricali)*, abducţia *(interosoşi dorsali)* şi adducţia *(interosoşi palmari)* degetelor.

Structuri asociate

Ţesuturile moi, în special tendoanele şi tecile tendinoase, sunt deosebit de importante pentru mişcarea carpului şi a mâinii. Şase tendoane extensoare şi două tendoane de flexie traversează regiunea carpiană şi mâna, inserându-se pe degete. În mare parte din traiectul lor, aceste tendoane se află în teci asemănătoare unor tunele, care pot fi palpate numai atunci când sunt edemaţiate sau inflamate.

Familiarizaţi-vă cu structurile *tunelului carpian*, un canal aflat sub suprafaţa palmară a încheieturii şi regiunii proximale a mâinii. Canalul conţine teaca şi tendoanele de flexie ale muşchilor antebraţului şi *nervul median*.

Retinaculul flexorilor este un ligament transvers care menţine poziţia tendoanelor şi tecilor tendinoase. Nervul median se află între retinaculul flexorilor şi teaca tendinoasă. Acesta asigură inervaţia senzitivă a palmei şi a unei mari părţi din suprafaţa palmară a policelui, a degetelor doi şi trei şi a unei jumătăţi din degetul patru. De asemenea, inervează muşchii policelui responsabili de flexie, abducţie şi opoziţie.



Tehnici de examinare

Inspecţie. Observaţi poziţia mâinilor în mişcare pentru a stabili dacă mişcările sunt fluente şi naturale. În repaus degetele trebuie să fie uşor flectate şi aliniate aproape paralel.

Mişcarea precaută sugerează un traumatism. În leziunile tendoanelor de flexie se observă o aliniere defectuoasă a degetelor.

Inspectați cu atenție suprafețele palmară și dorsală ale articulației pumnului și mâinii, în căutarea tumefacțiilor articulare.

Tumefacție difuză în artrită sau în infecții. Vezi Planșa 16-6, Artrita la nivelul mâinii (pag. 649) și Planșa 16-7, Tumefacții și deformări ale mâinilor (pag. 650).

Observați orice deformări ale carpului, mâinii sau oaselor degetelor, precum și orice angulație de la devierea radială sau ulnară.

În *osteoartrită*, noduli Heberden la nivelul articulațiilor IFD, noduli Bouchard la nivelul articulațiilor IFP. În *artrita reumatoidă*, deformări simetrice ale IFP, MCF și articulațiilor carpului, cu deviere ulnară.

Observați contururile palmei, mai ales eminențele tenară și hipotenară.

Atrofie tenară în compresiunea nervului median din *sindromul de tunel carpian*; atrofie hipotenară în *compresiunea nervului ulnar.*

Observați orice îngroșare a tendoanelor de flexie sau contracturile în flexie ale degetelor.

Contractura în flexie a degetelor patru, cinci și trei, numită *contractura Dupuytren*, apare prin îngroșarea fasciei palmare (vezi pag. 649).

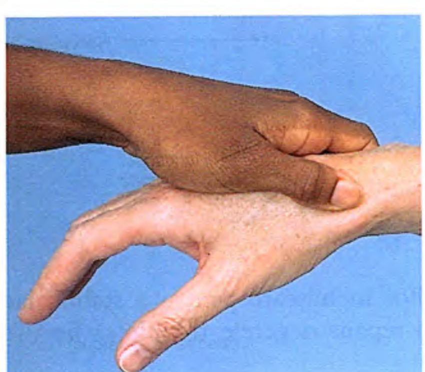
Palpare La nivelul încheieturii mâinii palpați suprafețele laterală și medială ale extremităților distale ale radiusului și ulnei. Palpați șanțul fiecărei articulații carpiene cu policele plasat pe fața dorsală a carpului și cu celelalte degete dedesubt. Observați orice tumefacție, împăstare sau durere.



Durere la extremitatea distală a radiusului în *fractura Colles*. Orice durere sau modificare a continuității osoase ridică suspiciunea de fractură.

Tumefacția și/sau durerea sugerează *artrita reumatoidă* dacă sunt bilaterale și durează mai multe săptămâni.

Palpați procesul stiloid al radiusului și *tabachera anatomică*, o depresiune situată imediat distal de acest proces, formată între mușchii abductori și extensori ai policelui. Tabachera devine mai vizibilă prin extensia laterală a policelui care se îndepărtează de mână.

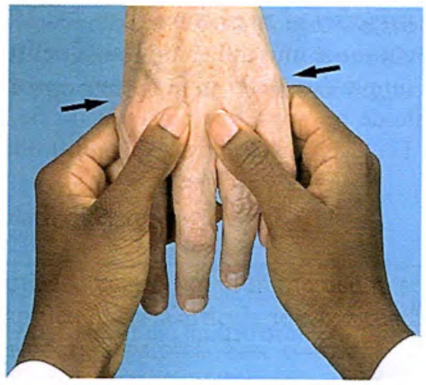


Durere la nivelul tendoanelor extensorilor și abductorilor policelui, localizată la procesul stiloid al radiusului, în *tenosinovita de Quervain* și *tenosinovita gonococică*. Vezi Planșa 16-8, Infecțiile tecilor tendinoase, ale spațiului palmar și ale degetelor (pag. 651).

Durere la nivelul tabacherei în *fractura de scafoid*, cea mai frecventă leziune traumatică a oaselor carpiene. Din cauza vascularizației precare, osul scafoid este predispus la *necroză avasculară*.

Palpaţi cele opt oase carpiene aflate distal de articulaţia pumnului şi apoi fiecare dintre cele cinci metacarpiene şi falangele proximale, mijlocii şi distale.

Palpaţi orice altă regiune unde suspectaţi o anomalie.



Comprimaţi articulaţiile MCF strângând mâna pacientului între police şi degete, din lateral. În mod alternativ, palpaţi cu policele fiecare articulaţie MCF imediat distal şi pe fiecare latură, în timp ce cu indexul palpaţi în palmă capul metacarpianului. Observaţi orice tumefacţie, împăstare sau durere.

Sinovita MCF este dureroasă la aplicarea unei presiuni – aveţi în vedere acest lucru când strângeţi mâna cuiva.

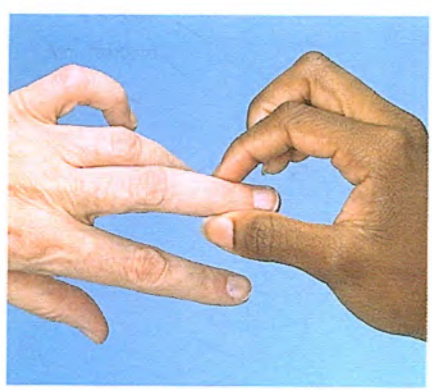
Articulaţiile MCF sunt deseori împăstate sau dureroase în *artrita reumatoidă* (dar sunt rareori afectate în osteoartrită). Durere la compresiune apare şi în *artrita post-traumatică.*

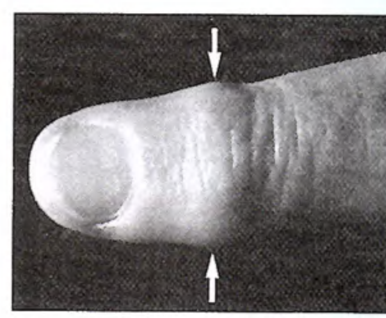
În continuare, examinaţi degetele. Palpaţi între police şi index feţele medială şi laterală ale fiecărei articulaţii IFP, verificând încă o dată prezenţa tumefacţiilor, împăstărilor, hipertrofiilor osoase sau a durerii.

Modificări ale articulaţiilor IFP în *artrita reumatoidă*, noduli Bouchard în *osteoartrită.* Durere la baza policelui în *artrita carpo-metacarpiană.*

Noduli duri dorso-laterali la nivelul articulaţiilor IFD, sau *noduli Heberden*, frecvent în osteoartrită; afectarea articulaţiei IFD în *artrita psoriazică.*

Folosind aceeaşi tehnică, examinaţi articulaţiile IFD.





NODULI HEBERDEN

În orice regiune tumefiată sau inflamată examinaţi prin palpare traiectele tendoanelor care se inseră pe police şi pe celelalte degete.

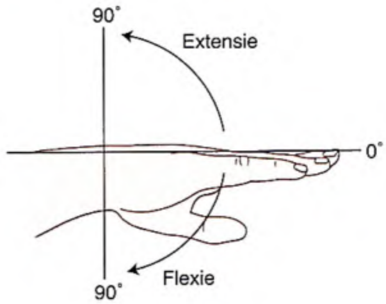
Durere şi tumefacţie în *tenosinovită*, sau inflamaţia tecilor tendinoase. *Tenosinovita de Quervain* la nivelul tendoanelor de extensie şi abducţie ale policelui, în dreptul procesului stiloid al radiusului. Vezi Planşa 16-8, Infecţiile tecilor tendinoase, ale spaţiului palmar şi ale degetelor (pag. 651).

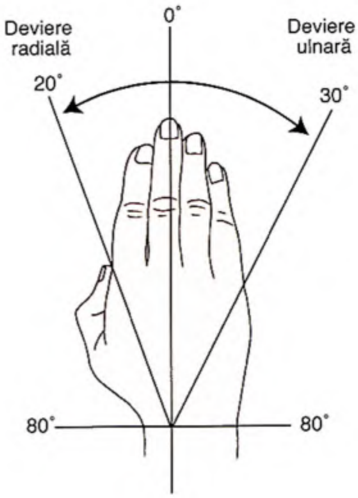
Articulația pumnului: tipuri de mişcări și manevre

Tipuri de mişcări. Tabelul de mai jos cuprinde muşchii responsabili pentru fiecare mişcare şi instrucţiunile clare şi simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului. Pentru tehnicile de testare a forţei musculare de la nivelul pumnului, consultaţi Capitolul 17, Sistemul Nervos, la pag. 680-683.

Afecţiunile care reduc amplitudinea mişcărilor includ *artrita, tenosinovita, contractura Dupuytren*. Vezi Planşa 16-7, Tumefacţii şi deformări ale mâinilor (pag. 650).

Tipuri de mişcări ale articulaţiei pumnului	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie	Flexorul radial al carpului, flexorul ulnar al carpului	*„Cu palmele în jos, îndreptaţi vârful degetelor spre podea"*
Extensie	Extensorul ulnar al carpului, extensorul lung radial al carpului, extensorul scurt radial al carpului	*„Cu palmele în jos, îndreptaţi vârful degetelor spre tavan"*
Adducţie (deviere radială)	Flexorul ulnar al carpului	*„Cu palmele în jos, apropiaţi degetele"*
Abducţie (deviere ulnară)	Flexorul radial al carpului	*„Cu palmele în jos, depărtaţi degetele"*

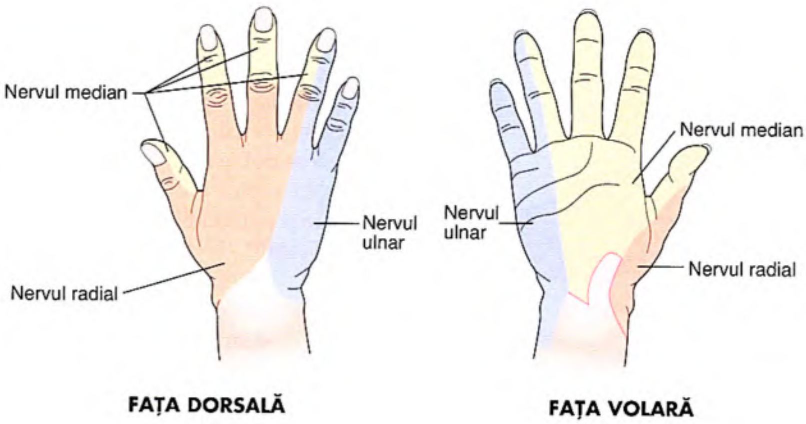




Manevre. În pagina următoare sunt enumerate mai multe manevre utile pentru evaluarea acuzelor din regiunea carpiană. Dacă pacientul se plânge că scapă obiecte, nu poate deschide capacul borcanelor, acuză că are dureri la nivelul pumnului sau chiar al antebraţului, şi senzaţie de amorţeală în primele trei degete, atunci testele enumerate mai jos sunt utile pentru evaluarea *sindromului de tunel carpian*. Sunt prezentate şi teritoriile de inervaţie ale nervilor median, radial şi ulnar la nivelul carpului şi mâinii.

Debutul *sindromului de tunel carpian* este asociat cu mişcări repetitive cu pumnul în flexie (utilizarea tastaturii computerului, sortarea corespondenţei), sau cu sarcina, artrita reumatoidă, diabetul, hipotiroidismul.

Poate fi prezentă şi atrofia tenară.



În *sindromul de tunel carpian,* sensibilitatea în teritoriul de distribuţie a nervului median este scăzută.

Puteţi testa sensibilitatea la următoarele niveluri:

- Pulpa indexului – nervul median
- Pulpa degetului 5 – nervul ulnar
- Pe faţa dorsală a mâinii, între police şi index - nervul radial

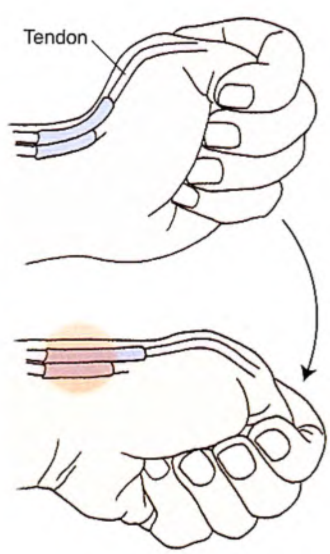
PRIZA PALMARĂ. Testaţi *forţa prizei palmare* rugând pacientul să vă strângă în palmă al doilea şi al treilea deget. Această manevră testează funcţia articulaţiilor carpului, a flexorilor degetelor şi a musculaturii şi articulaţiilor intrinseci ale mâinii.



Scăderea forţei prizei palmare reprezintă un *test pozitiv* pentru deficitul motor al muşchilor flexori ai degetelor şi/sau intrinseci ai mâinii.

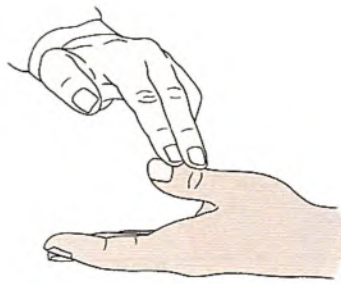
Durere în articulaţia mâinii şi scăderea forţei prizei palmare în *tenosinovita Quervain.* Scăderea prizei palmare în *artrită, sindromul de tunel carpian,* epicondilită şi *radiculopatia cervicală.*

MIŞCAREA POLICELUI. Dacă pacientul acuză durere la nivelul pumnului, testaţi funcţia policelui rugând pacientul să îşi cuprindă policele în palmă şi să deplaseze pumnul în deviaţie ulnară spre linia mediană (denumit *testul Finkelstein).*



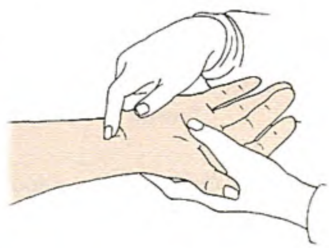
Durerea în timpul acestei manevre diferenţiază *tenosinovita de Quervain* de inflamaţia tecilor tendinoase şi a tendoanelor abductorului lung al policelui şi extensorului scurt al policelui.

TUNELUL CARPIAN – ABDUCȚIA POLICELUI; TESTUL TINEL ȘI TESTUL PHALEN. [37-39] Testaţi *abducţia policelui* rugând pacientul să ridice policele în sus în timp ce opuneţi rezistenţă acestei mişcări.



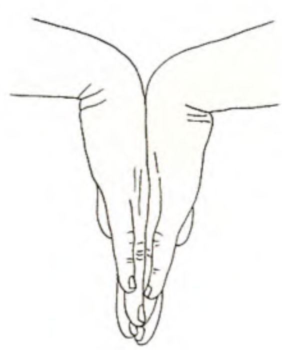
Deficitul motor la abducţia policelui este un *test pozitiv* – abductorul lung al policelui este inervat numai de nervul median. Probabilitatea prezenţei unui sindrom de tunel carpian se dublează în prezenţa deficitului motor la abducţia policelui şi a tulburărilor de sensibilitate.[37]

Semnul Tinel este sugestiv pentru compresia nervului median şi se testează prin percuţia uşoară a nervului pe traiectul său în tunelul carpian, ca în figură.



Durerea şi tulburările de sensibilitate în teritoriul de distribuţie a nervului median reprezintă un *test pozitiv*.

Semnul Phalen este sugestiv pentru compresia nervului median şi se testează rugând pacientul să menţină pumnii în flexie timp de 60 de secunde. O altă metodă este de a cere pacientului să-şi alăture feţele dorsale ale mâinilor până când formează unghiuri drepte. Ambele manevre comprimă nervul median.



Hipoestezia şi paresteziile în teritoriul de distribuţie a nervului median apărute în 60 de secunde reprezintă un *test pozitiv*.

Semnele Tinel şi Phalen nu sunt întotdeauna factori predictivi pentru electrodiagnosticul pozitiv al sindromului de tunel carpian.[37]

Degetele: tipuri de mișcări și manevre

Tipuri de mişcări. Evaluaţi *flexia*, *extensia*, *abducţia* şi *adducţia* degetelor.

- *Flexia şi extensia*. Pentru *flexie*, pentru a testa muşchii lumbricali şi flexori ai degetelor, rugaţi pacientul să *"strângă ambii pumni, cu degetul mare deasupra încheieturilor degetelor."* Pentru *extensie*, pentru a testa muşchii extensori ai degetelor, rugaţi pacientul să *"întindă şi să depărteze degetele"*.

La nivelul articulaţiilor MCF, extensia degetelor poate depăşi poziţia neutră. De asemenea, testaţi flexia şi extensia la nivelul articulaţiilor IFP şi IFD (muşchii lumbricali). Pumnul ar trebui să se închidă şi să se deschidă cu uşurinţă.

- *Abducţia şi adducţia.* Rugaţi pacientul să depărteze degetele (abducţia executată de muşchii interosoşi dorsali) şi apoi să le apropie din nou (adducţia efectuată de muşchii interosoşi palmari). Verificaţi dacă mişcarea este fluentă şi bine coordonată.





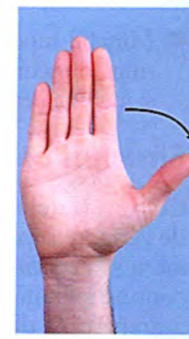
Tulburări ale mişcărilor mâinii pot fi prezente în artrită, deget în resort, contractură Dupuytren

Policele. Pentru *police* evaluaţi *flexia, extensia, abducţia, adducţia* şi *opoziţia*. Fiecare dintre aceste mişcări este executată de un muşchi al policelui.

Rugaţi pacientul să aşeze policele în palmă şi să atingă baza degetului 5 pentru a testa *flexia*, iar apoi să depărteze policele de celelalte degete pentru a testa *extensia*.

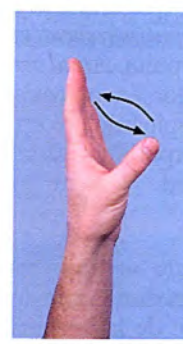


FLEXIE

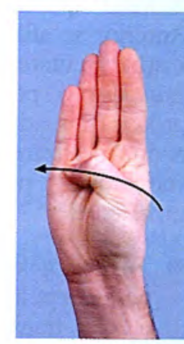


EXTENSIE

În continuare, rugaţi pacientul să menţină toate degetele în poziţie neutră cu palma ridicată şi apoi să deplaseze policele anterior depărtându-l de mână pentru a evalua abducţia şi să-l aducă înapoi pentru a evalua adducţia. Pentru a testa opoziţia, sau mişcările policelui în palmă, rugaţi pacientul să atingă cu policele fiecare vârf al celorlalte patru degete.



ABDUCŢIE ŞI ADDUCŢIE



OPOZIŢIE

Pentru un examen complet al carpului şi mâinii consultaţi paginile care descriu testarea forţei musculare şi a sensibilităţii din Capitolul 17, Sistemul nervos, pag. 680-683.

COLOANA VERTEBRALĂ

Prezentare generală

Coloana vertebrală, sau şira spinării, este structura centrală de susţinere a trunchiului şi a toracelui posterior. Observaţi *curburile concave* ale coloanei vertebrale cervicale şi lombare şi *curburile convexe* ale coloanei toracice şi sacro-coccigiene. Aceste curburi facilitează distribuţia greutăţii jumătăţii superioare a corpului la nivelul pelvisului şi membrelor inferioare şi în acelaşi timp amortizează impactul mecanic al mersului şi alergării.

Mecanica complexă a toracelui posterior reflectă acţiunea coordonată a următoarelor structuri:

- Vertebrele şi discurile intervertebrale
- Un sistem ligamentar de interconectare între vertebrele anterioare şi posterioare, ligamentele dintre procesele spinoase şi ligamentele dintre lamele a două vertebre adiacente
- Muşchii superficiali de mari dimensiuni, muşchii intrinseci mai profunzi şi muşchii peretelui abdominal

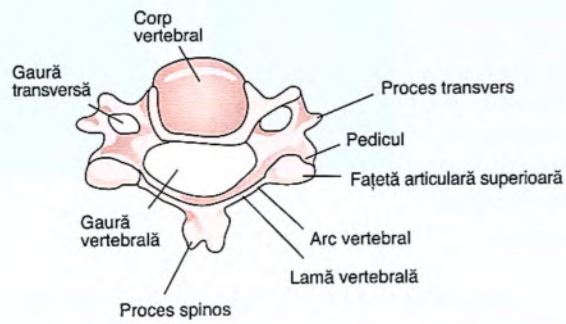
Structuri osoase

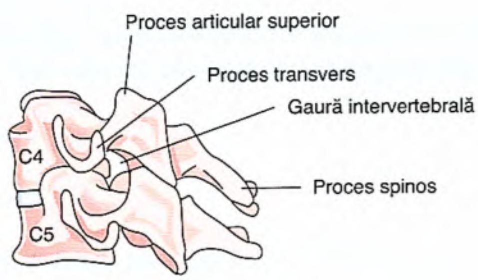
Coloana vertebrală este alcătuită din 24 de vertebre suprapuse deasupra osului sacru şi a coccisului. O vertebră tipică conţine regiuni articulare, de susţinere a greutăţii şi de inserţie a muşchilor, dar şi găuri prin care trec rădăcinile nervilor spinali şi nervii periferici. Anterior se află *corpul vertebral* care susţine greutatea corpului. *Arcul vertebral* dispus posterior înconjoară şi protejează măduva spinării. Treceţi în revistă localizarea corpurilor şi găurilor vertebrale, punând accent pe următoarele:

- *Procesul spinos* care se proiectează posterior pe linia mediană şi cele două procese transverse de la joncţiunea dintre *pedicul* şi *lama vertebrală*. Pe aceste procese se inseră muşchi.
- *Procesele articulare* – câte două de fiecare parte a vertebrei, una orientată în sus iar cealaltă în jos, la joncţiunea dintre pediculi şi lame, deseori numite *faţete articulare.*
- *Gaura vertebrală (foramen)*, în care se află măduva spinării, *găurile intervertebrale* formate de procesele articulare superioare şi inferioare ale vertebrelor adiacente, care creează un canal pentru rădăcinile nervilor spinali; iar în cazul vertebrelor cervicale, *gaura transversă* pentru artera vertebrală.

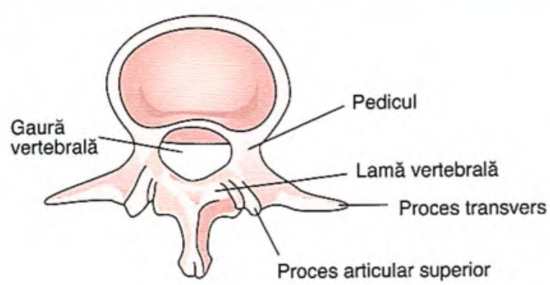
VERTEBRE REPREZENTATIVE: CERVICALE ŞI LOMBARE

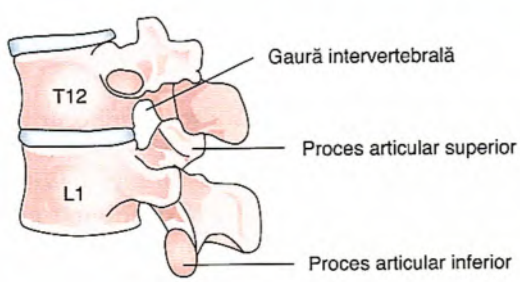
C4-5 Vedere superioară şi laterală





T12–L1 Vedere superioară şi laterală





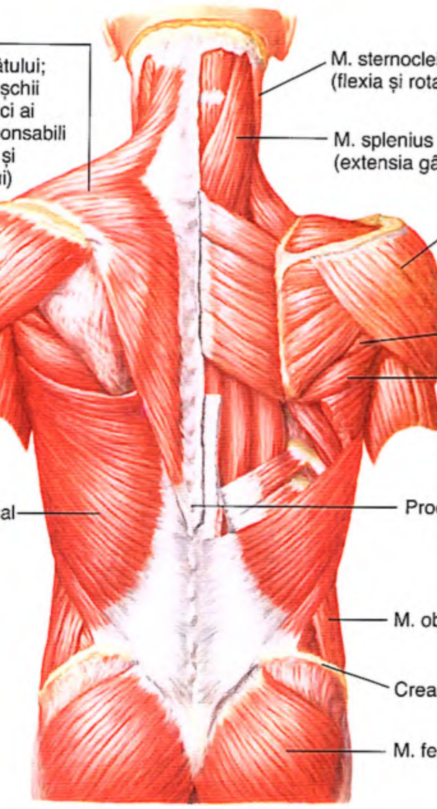
Apropierea dintre măduva spinării, rădăcinile nervilor spinali, vertebre şi discurile intervertebrale face ca structurile nervoase să fie foarte vulnerabile la fenomene precum herniile de disc, compresia prin modificări degenerative ale vertebrelor, sau traumatisme.

Articulații

Coloana vertebrală conţine articulaţii cartilaginoase cu mobilitate redusă între corpii vertebrali şi între faţetele articulare. Între corpii vertebrali se află *discurile intervertebrale*, alcătuite dintr-un mic miez mucoid central, *nucleul pulpos*, înconjurat de ţesutul fibros dur al *inelului fibros*. Discurile intervertebrale amortizează deplasările intervertebrale şi permit curbarea, flexia anterioară şi laterală a coloanei. Flexibilitatea coloanei vertebrale este determinată în mare parte de unghiul dintre faţetele articulare şi planul corpului vertebral, fiind variabilă la diverse niveluri. Coloana vertebrală face un unghi ascuţit cu orientare posterioară în *regiunea lombo-sacrală* şi devine fixă. Presiunea mecanică de la nivelul acestei angulări contribuie la riscul de herniere sau subluxaţie a discului, sau de alunecare a L5 pe S1.

Grupuri musculare

Muşchii trapez şi *marele dorsal* formează stratul muscular extern de mari dimensiuni care se inseră de fiecare parte a coloanei vertebrale. Aceşti muşchi sunt dispuşi deasupra altor două straturi mai profunde – un strat care se inseră pe cap, gât şi procesele spinoase (*muşchii splenius al capului, splenius al gâtului şi sacrospinal*) şi un strat alcătuit din muşchi intrinseci mai mici dispuşi între vertebre. Muşchii care se inseră pe suprafaţa anterioară a vertebrelor, inclusiv muşchiul *psoas* şi muşchii peretelui abdominal, contribuie la flexie.



Muşchii care mobilizează extremitatea cefalică şi coloana vertebrală inferioară sunt prezentaţi în tabelele de la pag. 615.

Tehnici de examinare

Inspecție. Începeţi prin a observa postura pacientului, inclusiv poziţia gâtului şi a trunchiului, chiar din momentul în care intră în încăpere.

Evaluaţi poziţia ridicată a capului, fluiditatea şi coordonarea mişcărilor gâtului şi uşurinţa mersului.

Rigiditatea gâtului sugerează artrită, întinderi musculare, sau alte afecţiuni care trebuie investigate.

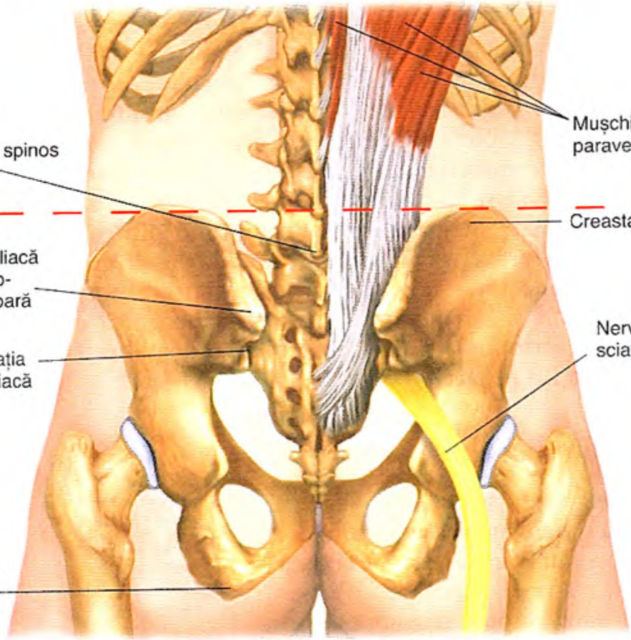
Pacientul trebuie să fie acoperit sau îmbrăcat astfel încât toracele său posterior să fie expus în totalitate, pentru o inspecţie completă. Dacă este posibil pacientul trebuie să stea în picioare într-o poziţie firească – cu picioarele apropiate şi cu braţele pe lângă corp. Capul trebuie să se afle pe linia mediană în acelaşi plan cu osul sacru, iar umerii trebuie să se afle la acelaşi nivel, la fel şi pelvisul.

Devierea laterală şi rotaţia capului sugerează *torticolis*, cauzat de contracţia muşchiului sternocleidomastoidian.

Privind pacientul din spate, identificaţi următoarele repere:

- Procesele spinoase, mai proeminente la nivelul C7 şi T1 şi în poziţia de flexie anterioară a trunchiului
- Musculatura paravertebrală, de fiecare parte a liniei mediane
- Crestele iliace
- Spinele iliace postero-superioare, marcate de obicei prin mici depresiuni cutanate

Linia roşie punctată este trasată deasupra crestelor iliace şi trece prin dreptul procesului spinos al vertebrei L4.



Inspectaţi pacientul din lateral şi din spate. Evaluaţi curburile spinale şi caracteristicile descrise în tabelul de pe pagina următoare.

Palpare. În ortostatism sau în poziţie şezândă palpaţi cu policele *procesele spinoase* ale fiecărei vertebre.

Sensibilitatea dureroasă sugerează fractură sau dislocare dacă este precedată de un traumatism, infecţie sau artrită.

La nivelul gâtului palpaţi şi *faţetele articulare* care se află între vertebrele cervicale la aproximativ 2,5 cm lateral de procesele spinoase ale C2-C7. Aceste articulaţii sunt situate în profunzime, sub muşchiul trapez, şi nu pot fi palpate decât dacă musculatura cervicală este relaxată.

Sensibilitate dureroasă în artrită, mai ales la nivelul faţetelor articulare dintre C5 şi C6.

În regiunea lombară inferioară verificaţi cu atenţie dacă există inegalităţi mari între vertebre pentru a stabili dacă vreun proces spinos este neobişnuit de proeminent (sau retras) comparativ cu cel imediat superior. Identificaţi orice semn de durere.

Inegalităţi în *spondilolistezis* (alunecarea anterioară a unei vertebre), care poate comprima măduva spinării. Durerea vertebrală ridică suspiciunea de fractură sau infecţie.

Palpaţi *articulaţia sacroiliacă*, identificată cu ajutorul gropiţelor care marchează spina iliacă postero-superioară.

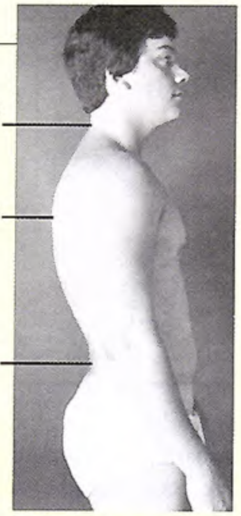
Durere la nivelul articulaţiei sacroiliace în sacroileită. *Spondilita anchilozantă* poate cauza durere sacroiliacă.[40]

Pentru a depista prezenţa durerii, puteţi efectua percuţia coloanei vertebrale lovind uşor cu suprafaţa ulnară a pumnului.

Durerea la percuţie poate sugera *osteoporoză*, *infecţie* sau *neoplazie*.

• Inspecția coloanei vertebrale

Direcția de examinare a pacientului	Elemente urmărite în inspecție	Exemple de anomalii
Vedere laterală	Curburile cervicală, toracică și lombară	Accentuarea *cifozei toracice* apare odată cu înaintarea în vârstă. La copii, o deformare structurală corectabilă trebuie tratată.
Vedere posterioară	Verticalitatea coloanei vertebrale (o linie imaginară trebuie să coboare de la C7 până în șanțul interfesier)	În *scolioză* există o curbare laterală și rotatorie a coloanei vertebrale pentru readucerea capului pe linia mediană. Scolioza devine deseori evidentă în adolescență, înainte de apariția simptomelor.
	Alinierea umerilor, a crestelor iliace și a pliurilor cutanate infrafesiere (pliuri fesiere)	*Inegalitatea dintre umeri* observată în: scolioză, deformarea Sprengel a scapulei (sau scapula elevata, anomalie congenitală cauzată de prezența unui os suplimentar între C7 și scapulă); în scapula alata (cauzată de abolirea inervației mușchiului dințat anterior de către nervul toracic lung); și în deficitul motor al mușchiului trapez controlateral. *Inegalitatea dintre crestele iliace sau înclinația pelvisului* sugerează o lungime inegală a membrelor inferioare și dispare când așezăm o carte sub piciorul mai scurt. Scolioza și abducția sau adducția șoldului pot produce de asemenea înclinația pelvisului. „Înclinarea" trunchiului într-o parte se observă în hernia de disc lombară.
	Semne, repere sau mase cutanate	Semne cutanate congenitale, pete violacee, regiuni cu pilozitate anormală și lipoame ascund deseori defecte osoase de tipul *spina bifida*. Pete „cafea cu lapte" (regiuni cutanate decolorate), polipi fibroepiteliali și tumori fibroase în *neurofibromatoză*.

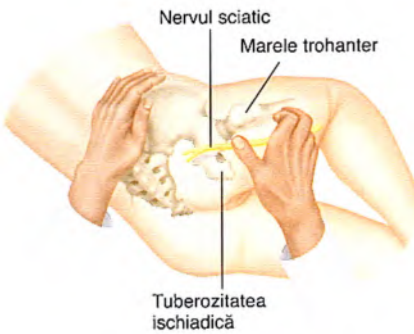




Inspectaţi şi palpaţi *musculatura paravertebrală* pentru a stabili prezenţa durerii sau a spasmelor. Musculatura contractată este fermă, are nodozităţi la palpare şi poate fi vizibilă.

Spasmele apar în afecţiunile degenerative şi inflamatorii ale musculaturii, în contractura prelungită din cauza unei posturi anormale, sau în anxietate.

Cu şoldul în flexie şi cu pacientul în decubit lateral pe partea opusă, palpaţi *nervul sciatic*, cel mai mare nerv din organism, cu originea în rădăcinile nervoase L4, L5, S1, S2 şi S3. Nervul se află la jumătatea distanţei dintre marele trohanter şi tuberozitatea ischiadică şi părăseşte pelvisul prin incizura sciatică.



Durerea pe traiectul nervului sciatic sugerează o hernie de disc sau o formaţiune tumorală care comprimă rădăcinile nervoase.

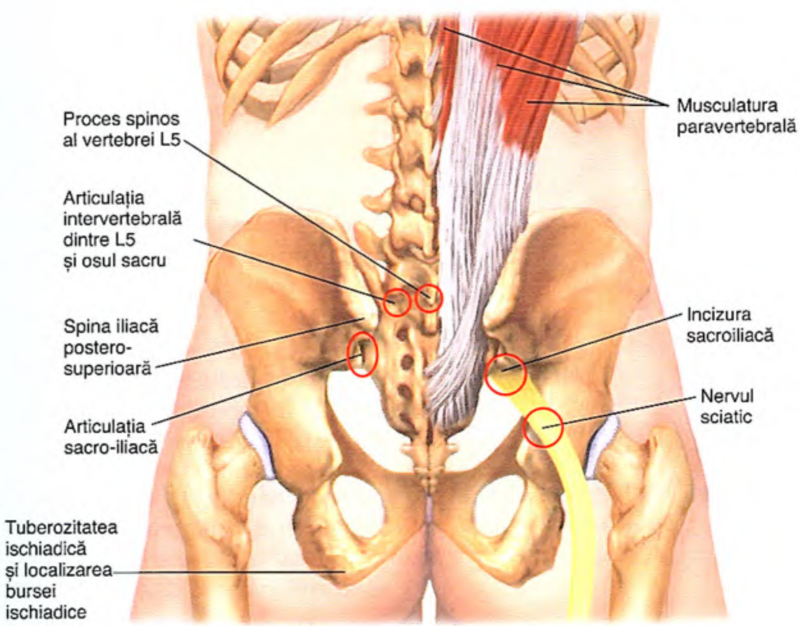
Palpaţi orice alte regiuni sugerate de simptomatologia pacientului pentru a depista prezenţa durerii. Durerea din regiunea lombară joasă impune o evaluare atentă pentru identificarea compresiunilor medulare, acestea fiind cauzele cele mai grave ale durerii din cauza riscului de paralizie a membrului afectat.

Hernierea discurilor intervertebrale, de obicei între L5-S1 sau L4-L5, poate determina durere la nivelul proceselor spinoase, articulaţiilor intervertebrale, musculaturii paravertebrale, incizurii sacro-sciatice şi nervului sciatic.

De asemenea, *artrita reumatoidă* poate provoca durere la nivelul articulaţiilor intervertebrale.

Durerea în unghiurile costo-vertebrale poate sugera mai degrabă o infecţie renală decât o afecţiune osteomusculară.

Vezi Planşa 16-1, Durerea lombară joasă (pag. 642).



Tipuri de mişcare şi manevre

Tipuri de mişcare: Gâtul. Gâtul este regiunea cea mai mobilă a coloanei vertebrale, remarcabilă prin faptul că cele şapte vertebre fragile ale sale susţin greutatea de 4,5–6,8 kg a capului. *Flexia* şi *extensia* se produc în principal între craniu şi vertebra C1 (atlas); *rotaţia* are loc la nivelul C1-C2 (axis); iar *flexia laterală* la nivelul C2-C7.

Limitarea amplitudinii mişcărilor poate avea diverse cauze: redoarea din artrită, durerea din traumatisme, sau spasmul muscular din *torticolis*.

Tabelul de mai jos prezintă muşchii responsabili pentru fiecare mişcare şi instrucţiunile clare şi simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului.

Tipuri de mişcări ale gâtului	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie	Sternocleidomastoidian, muşchii scaleni, muşchii prevertebrali	*„Puneţi bărbia în piept"*
Extensie	Splenius al capului şi splenius al gâtului, muşchii intrinseci mici ai gâtului	*„Priviţi spre tavan"*
Rotaţie	Sternocleidomastoidian, muşchii intrinseci mici ai gâtului	*„Priviţi peste un umăr şi apoi peste celălalt"*
Latero-flexie	Muşchii scaleni şi muşchii intrinseci mici ai gâtului	*„Atingeţi umărul cu urechea"*

Este important să investigaţi orice simptome sau semne de la nivelul gâtului, umerilor şi orice durere sau hipoestezie de la nivelul braţelor pentru a descoperi o posibilă compresiune a măduvei cervicale sau a rădăcinilor nervoase. Vezi Planşa 16-2, Durerea cervicală (pag. 643).

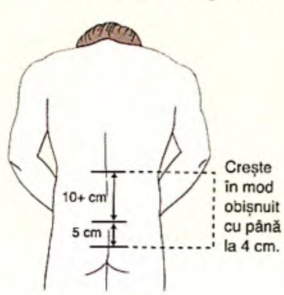
Dacă se observă durere, hipoestezie, sau disfuncţii motorii se impune un examen neurologic amănunţit al gâtului şi membrelor superioare.

Durerea la nivelul C1-C2 din *artrita reumatoidă* sugerează posibilitatea unei subluxaţii însoţită de compresiunea măduvei cervicale înalte.

Tipuri de mișcare: Coloana vertebrală. În continuare, evaluaţi amplitudinea mişcărilor la nivelul coloanei vertebrale. Tabelul de mai jos cuprinde muşchii responsabili pentru fiecare mişcare şi instrucţiunile clare şi simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului.

Tipuri de mişcări ale toracelui posterior	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie	Psoas mare, psoas mic, pătratul lombar; muşchii abdominali care se inseră anterior pe vertebre, de exemplu oblic intern, oblic extern şi drept abdominal	*„Aplecaţi-vă în faţă şi încercaţi să vă atingeţi degetele de la picioare".* Observaţi cursivitatea şi simetria mişcării, amplitudinea acesteia şi curbura regiunii lombare. Pe măsură ce flexia se accentuează, concavitatea lombară trebuie să se aplatizeze.





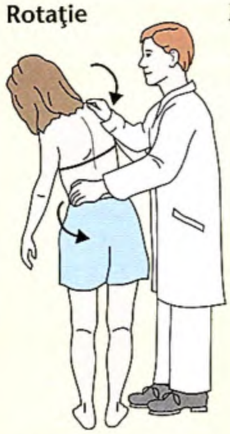
(*se continuă*)

Deformarea toracelui la flexia anterioară a trunchiului sugerează *scolioză.*

Pentru a măsura flexia coloanei vertebrale, faceţi un semn la nivelul coloanei în dreptul joncţiunii lombo-sacrale şi apoi la 10 cm mai sus şi la 5 cm mai jos de acest punct. O creştere de 4 cm a distanţei dintre cele două repere superioare este normală; distanţa dintre cele două repere inferioare trebuie să rămână nemodificată.



Persistenţa lordozei lombare sugerează un spasm muscular sau *spondilită anchilozantă.*

Tipuri de mişcări ale toracelui posterior	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Extensie 	Muşchii intrinseci profunzi ai spatelui, de exemplu m. transversospinal şi m. erector spinal	*„Aplecaţi-vă pe spate cât puteţi de mult".* Susţineţi pacientul aşezând o mână pe spina iliacă postero-superioară, cu degetele orientate spre linia mediană.
Rotaţie 	Muşchii abdominali, muşchii intrinseci ai spatelui	*„Răsuciţi-vă într-o parte şi în cealaltă".* Stabilizaţi bazinul pacientului aşezând o mână pe şoldul acestuia şi cealaltă pe umărul controlateral. Apoi răsuciţi trunchiul trăgând posterior de umăr şi apoi de şold. Repetaţi aceste manevre de partea opusă.
Latero-flexie 	Muşchii abdominali, muşchii intrinseci ai spatelui	*„Înclinaţi-vă de la mijloc într-o parte".* Stabilizaţi bazinul pacientului aşezând o mână pe şoldul acestuia. Repetaţi de partea opusă.

Mobilitate spinală redusă în diverse afecţiuni, printre care *osteoartrita* şi *spondilita anchilozantă*[40,41]

La fel ca în cazul regiunii cervicale, durerea sau sensibilitatea declanşate de aceste manevre, mai ales dacă iradiază în membrul inferior, impun efectuarea unui examen neurologic amănunţit al membrelor inferioare. Vezi Capitolul 17, Sistemul nervos, pentru testul Lasègue (flexia membrului inferior pe abdomen), pag. 703-704.

Luaţi în considerare o posibilă compresie medulară sau a rădăcinilor nervoase. Reţineţi că artrita sau infecţia şoldului, rectală sau pelvină pot determina simptome ale coloanei lombare. Vezi Planşa 16-1, Durerea lombară joasă (pag. 642).

ARTICULAȚIA ȘOLDULUI (COXO-FEMURALĂ)

Prezentare generală

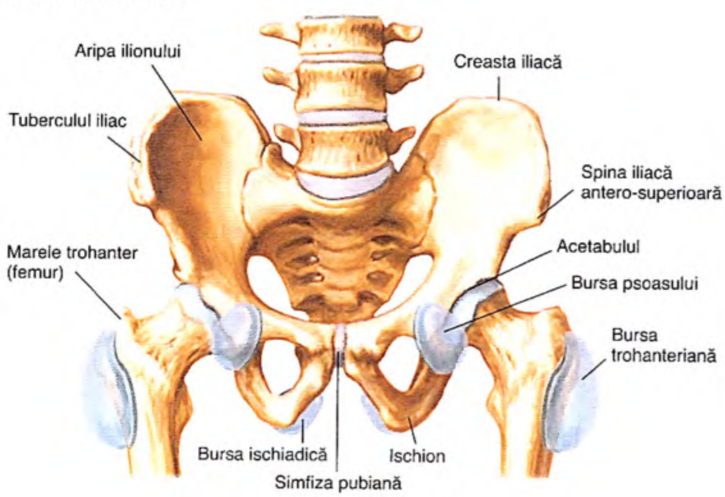
Articulaţia şoldului este situată în profunzimea pelvisului şi este remarcabilă pentru forţa, stabilitatea, dar şi amplitudinea mişcărilor. Stabilitatea articulaţiei şoldului, atât de importantă pentru susţinerea greutăţii corpului, se datorează fixării profunde a capului femural în *acetabul*, dar şi capsulei articulare fibroase rezistente şi musculaturii puternice care acoperă articulaţia şi se inseră inferior de capul femural, asigurând mecanismul de pârghie necesar pentru mişcarea femurului.

Structuri osoase și articulații

Articulaţia şoldului este situată inferior de treimea mijlocie a ligamentului inghinal, dar într-un plan mai profund. Este o articulaţie sferoidală – observaţi modul în care capul rotund al femurului se articulează cu cavitatea acetabulară în formă de cupă. Datorită situării în profunzime şi a musculaturii care o acoperă, articulaţia nu se palpează cu uşurinţă. Treceţi în revistă oasele care formează pelvisul – *acetabulul, ilionul* şi *ischionul* – şi modul în care acestea se articulează inferior cu *simfiza pubiană* şi posterior cu osul sacro-iliac.

Pe *suprafaţa anterioară a şoldului*, localizaţi următoarele repere osoase:

- Creasta iliacă la nivelul L4
- Tuberculul iliac
- Spina iliacă antero-superioară
- Marele trohanter
- Simfiza pubiană

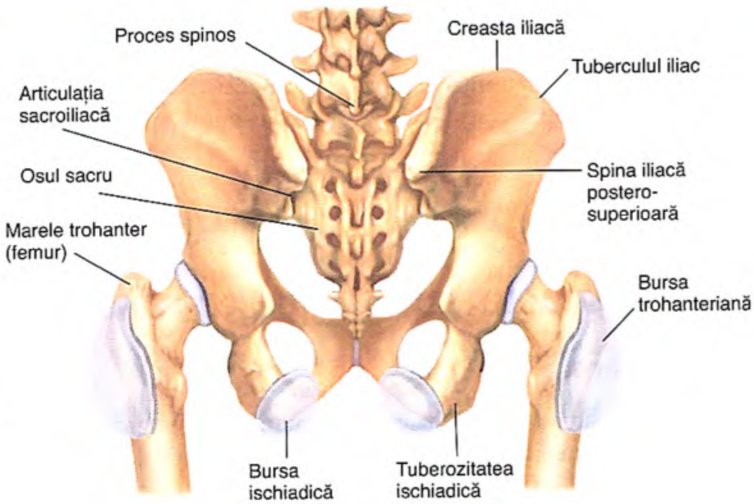


VEDERE ANTERIOARĂ

Pe *fața posterioară a șoldului*, localizați următoarele repere osoase:

- Spina iliacă postero-superioară
- Marele trohanter
- Tuberozitatea ischiadică
- Articulația sacroiliacă

Linia imaginară care unește spinele iliace postero-superioare traversează articulația la nivelul S2.

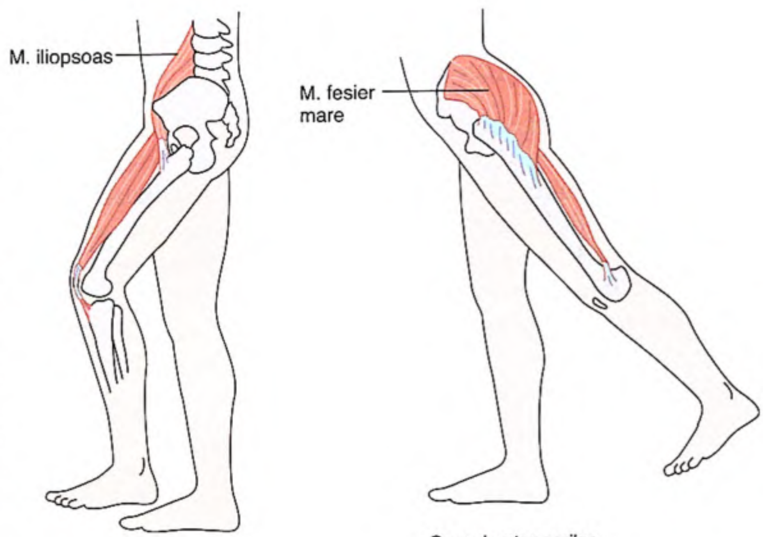


VEDERE POSTERIOARĂ

Grupuri musculare

Patru grupuri musculare puternice asigură mișcarea șoldului. Imaginați-vă aceste grupuri în timp ce examinați pacientul și rețineți că pentru deplasarea femurului sau a oricărui alt os într-o anumită direcție inserțiile musculare proximale și distale trebuie ***să traverseze interliniul articular***.

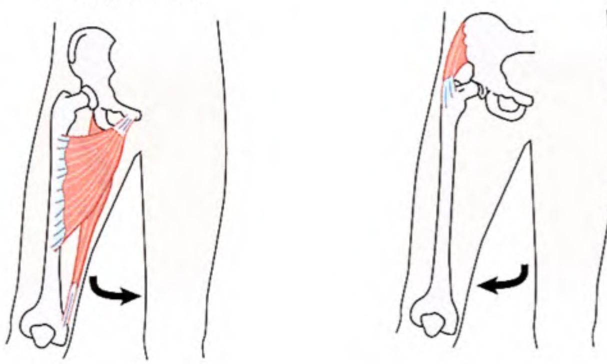
Grupul flexorilor este situat anterior și asigură flexia coapsei. Principalul mușchi flexor al șoldului este *iliopsoasul*, care se întinde de deasupra crestei iliace până la micul trohanter. *Grupul extensorilor* se află posterior și efectuează extensia coapsei. *Mușchiul fesier mare* este principalul mușchi extensor al șoldului. Acest mușchi formează o bandă care traversează medial pelvisul între locul său de origine și inserția subtrohanteriană.



Grupul flexorilor

Grupul extensorilor

Grupul adductorilor este situat medial și apropie coapsa de linia mediană. Mușchii din acest grup au originea pe ramurile pubisului și ischion și se inseră pe fața posteromedială a femurului. *Grupul abductorilor* se află lateral, întinzându-se de la creasta iliacă până la capul femural, și deplasează coapsa în exterior. Acest grup include *mușchii fesier mijlociu* și *fesier mic*. Acești mușchi stabilizează pelvisul în faza de sprijin a mersului.



Grupul adductorilor

Grupul abductorilor

Structuri asociate

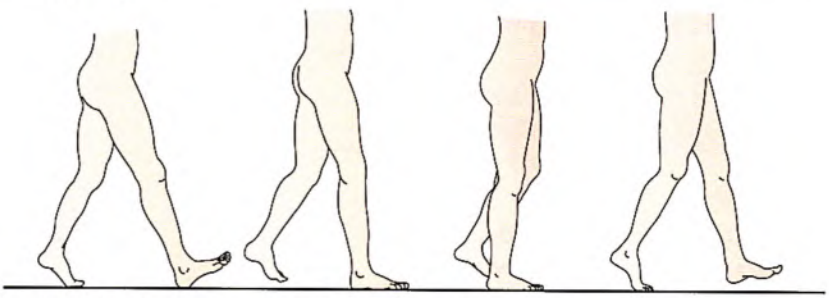
O capsulă articulară densă, puternică, ce se întinde între acetabul şi colul femural, închide şi întăreşte articulaţia şoldului, fiind susţinută de trei ligamente şi căptuşită de o membrană sinovială. La nivelul şoldului există trei burse importante. Anterior se află *bursa psoasului* (numită şi *iliopectinee* sau a *iliopsoasului*), care acoperă capsula articulară şi muşchiul psoas. Identificaţi proeminenţa osoasă lateral de articulaţia şoldului - *marele trohanter* al femurului. *Bursa trohanteriană* de mari dimensiuni, multiloculară, se află pe suprafaţa sa posterioară. *Bursa ischiadică* (sau *ischio-fesieră*) – care uneori poate lipsi – se află sub *tuberozitatea ischiadică*, pe care se aşează pacientul. Remarcaţi apropierea sa de nervul sciatic, ilustrată la pag. 621.

Tehnici de examinare

Inspecţie. Inspecţia şoldului începe cu observarea atentă a mersului pacientului, chiar de când intră în încăpere. Observaţi cele două faze ale mersului:

- *Sprijinul* – când piciorul se află pe sol şi susţine greutatea (60% din ciclul mersului).

Majoritatea problemelor apar în faza de sprijin a mersului.

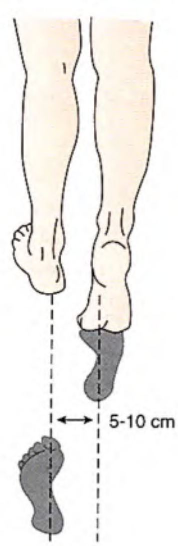


FAZA DE SPRIJIN A MERSULUI

- *Balansul* – când piciorul se deplasează înainte şi nu susţine greutatea (40% din ciclul mersului).

O bază largă de susţinere sugerează o afecţiune cerebeloasă sau tulburări la nivelul piciorului.

În timpul mersului observaţi baza de susţinere, deplasarea bazinului şi flexia genunchiului. Dimensiunea bazei de susţinere trebuie să fie de 5-10 cm între cele două călcâie. Mersul normal are un ritm lin, continuu, obţinut în parte prin contracţia abductorilor de la nivelul membrului care susţine greutatea. Contracţia abductorilor stabilizează pelvisul şi menţine echilibrul, ridicând şoldul opus. Genunchiul trebuie să fie în flexie pe toată durata fazei de sprijin, cu excepţia momentului când călcâiul atinge solul pentru a contracara mişcarea gleznei.



Luxaţia de şold, artrita sau pareza abductorilor pot face ca pelvisul să coboare de partea controlaterală, ducând la apariţia unui mers legănat.

Absenţa flexiei genunchiului tulbură continuitatea mersului.

Observaţi mica lordoză din regiunea lombară a coloanei vertebrale şi, cu pacientul în decubit dorsal, evaluaţi simetria lungimii membrelor inferioare. (Pentru determinarea lungimii membrelor inferioare, vezi Tehnici speciale, pag. 637-638).

Dispariţia lordozei poate reflecta un *spasm paravertebral*; accentuarea lordozei sugerează o *deformare în flexie* a şoldului.

Modificările de lungime ale membrului inferior se observă în deformări în abducţie sau adducţie şi în scolioză. Scurtarea şi rotaţia externă a membrului inferior sugerează o *fractură de şold.*

Inspectaţi suprafeţele anterioară şi posterioară ale şoldului căutând semne de atrofie musculară sau echimoze.

Palpare

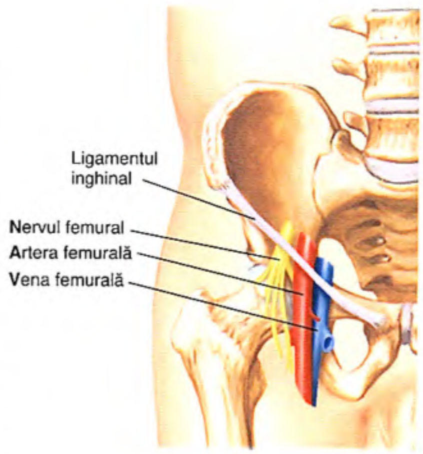
Repere osoase. Palpaţi reperele de suprafaţă ale şoldului, identificate la pag. 617-618. Pe *faţa anterioară* a şoldului palpaţi structurile cheie descrise mai jos.

- Identificaţi *creasta iliacă* la marginea superioară a pelvisului, la nivelul L4.
- Urmăriţi curbura anterioară orientată în jos şi localizaţi *tuberculul iliac*, care marchează lăţimea maximă a crestei iliace, şi continuaţi traseul în jos până la *spina iliacă antero-superioară*.
- Aşezaţi-vă cele două police pe spinele iliace antero-superioare şi deplasaţi celelalte degete în jos de la tuberculii iliaci până la *marele trohanter* al femurului.
- În continuare, deplasaţi ambele police medial şi oblic către *simfiza pubiană*, care se află la acelaşi nivel cu marele trohanter.

Pe *faţa posterioară* a şoldurilor, palpaţi reperele osoase descrise mai jos.

- Palpaţi *spina iliacă postero-superioară* imediat sub gropiţele vizibile de deasupra feselor.
- Plasaţi policele şi indexul stâng pe spina iliacă postero-superioară, apoi localizaţi lateral cu ajutorul degetelor *marele trohanter*, la nivel pliului fesier, şi aşezaţi policele medial pe *tuberozitatea ischiadică*. *Articulaţia sacroiliacă* nu poate fi palpată întotdeauna. O linie imaginară care uneşte spinele iliace postero-superioare traversează articulaţia sacroiliacă la nivelul S2.

Structurile inghinale. Structurile inghinale. Cu pacientul în decubit dorsal, rugaţi-l să-şi aşeze călcâiul membrului inferior examinat pe genunchiul opus. Apoi palpaţi pe toată lungimea *ligamentul inghinal*, care se întinde între spina iliacă antero-superioară şi tuberculul pubic. Nervul, artera şi vena femurală se încrucişează cu ligamentul inghinal care trece deasupra; ganglionii limfatici sunt situaţi medial. Formula mnemotehnică **NAVEL** vă ajută să reţineţi ordinea dispunerii dinspre lateral către medial: nerv – arteră – venă - spaţiu liber - ganglion limfatic (**N**erve – **A**rtery – **V**ein – **E**mpty space – **L**ymph node).



Tumefacţiile de-a lungul ligamentului inghinal pot sugera o *hernie inghinală*, sau ocazional un *anevrism*.

Hipertrofia ganglionilor limfatici sugerează o infecţie a membrelor inferioare sau pelvisului.

Durerea din regiunea inghinală poate fi provocată de *sinovita* articulaţiei coxo-femurale, o *bursită*, sau uneori de un *abces al psoasului*.

Bursele Dacă şoldul este dureros, palpaţi *bursa (psoasului)* mai jos de ligamentul inghinal dar într-un plan mai profund.



BURSA TROHANTERIANĂ

Durere localizată la nivelul trohanterului în *bursita trohanteriană*. Durere pe suprafaţa postero-laterală a marelui trohanter în tendinita localizată sau spasmul muscular indus de durerea de şold iradiată.

Cu pacientul în decubit lateral şi cu şoldul în flexie şi rotaţie internă, palpaţi *bursa trohanteriană* situată deasupra marelui trohanter. În mod normal, *bursa ischio-fesieră*, deasupra tuberozităţii ischiadice, nu este palpabilă în absenţa inflamaţiei.



BURSA ISCHIO-FESIERĂ

Durere în *bursita ischio-fesieră* sau „şezutul ţesătoarei" - din cauza proximităţii nervului sciatic poate imita durerea sciatică.

Tipuri de mişcare şi manevre

Tipuri de mişcare. Evaluaţi amplitudinea mişcărilor în articulaţia şoldului, consultând tabelul de mai jos care conţine muşchii responsabili pentru fiecare mişcare şi instrucţiunile clare şi simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului.

Tipuri de mişcări în articulaţia şoldului	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie	Iliopsoas	*„Îndoiţi genunchiul aducându-l la piept şi trageţi-l spre abdomen"*
Extensie (în realitate hiperextensie)	Fesier mare	*„Aşezaţi-vă întins cu faţa în jos, apoi îndoiţi genunchiul şi ridicaţi-l"* *Sau „Stând pe spate, deplasaţi membrul inferior în afară şi coborâţi-l peste marginea mesei"*
Abducţie	Fesier mijlociu şi fesier mic	*„Stând pe spate, deplasaţi membrul inferior în afară"*
Adducţie	Adductor scurt, adductor lung, adductor mare, pectineu, gracilis	*„Stând pe spate, îndoiţi genunchiul şi deplasaţi gamba spre interior"*
Rotaţie externă	Obturator intern şi obturator extern, pătrat femural, gemen superior şi gemen inferior	*„Stând pe spate, îndoiţi genunchiul şi răsuciţi gamba şi piciorul în interior dincolo de linia mediană"*
Rotaţie internă	Fesier mijlociu şi fesier mic	*„Stând pe spate, îndoiţi genunchiul şi răsuciţi gamba şi piciorul în exterior"*

Manevre. Deseori, examinatorul trebuie să ajute pacientul să efectueze mişcările şoldului. În acest scop mai jos vă sunt oferite detalii suplimentare despre flexia, abducţia, adducţia, rotaţia externă şi internă ale genunchiului.

- *Flexia.* Cu pacientul în decubit dorsal, aşezaţi-vă mâna sub coloana lombară a pacientului. Rugaţi-l să îndoaie fiecare genunchi pe rând până la piept şi să-l tragă energic spre abdomen. Remarcaţi că flexia şoldului este mai amplă când genunchiul este în flexie. După ce spatele pacientului vă atinge mâna, indicând aplatizarea normală a lordozei lombare – flexia ulterioară va fi efectuată chiar de articulaţia şoldului.

În *deformarea în flexie a şoldului,* în timp ce şoldul opus este flectat (cu coapsa la piept), şoldul afectat nu permite extensia completă a membrului inferior, iar coapsa afectată este în flexie.





FLEXIA ŞOLDULUI ŞI APLATIZAREA LORDOZEI LOMBARE

În timp ce coapsa este menţinută pe abdomen, observaţi gradul flexiei de la nivelul şoldului şi genunchiului. În mod normal, coapsa atinge cu faţa sa anterioară peretele toracic. Observaţi dacă coapsa controlaterală rămâne în extensie completă, întinsă pe masă.

Fixarea în flexie poate fi mascată de creşterea (în loc de aplatizarea) lordozei lombare şi de o înclinaţie anterioară a pelvisului.

- *Extensia*. Cu pacientul în decubit ventral, efectuaţi extensia coapsei spre dumneavoastră, în direcţie posterioară. Alternativ, poziţionaţi cu prudenţă pacientul în decubit dorsal la marginea mesei şi extindeţi coapsa posterior.

- *Abducţia*. Stabilizaţi pelvisul apăsând cu mâna pe spina iliacă antero-superioară de partea opusă. Cu cealaltă mână apucaţi glezna şi efectuaţi abducţia membrului superior în extensie până simţiţi deplasarea spinei iliace. Această mişcare marchează limita abducţiei şoldului.

Limitarea abducţiei este frecventă în *osteoartrita* de şold.

În mod alternativ, stând în picioare la capătul mesei apucaţi ambele glezne şi depărtaţi-le cât mai mult posibil, efectuând abducţia la nivelul şoldului a ambelor membre inferioare în extensie. Aceasta este o metodă care compară cu uşurinţă cele două părţi atunci când mişcările sunt limitate, dar nu este practică dacă mişcările au o amplitudine normală.



- *Adducţia.* Cu pacientul în decubit dorsal, fixaţi bazinul, apucaţi o gleznă şi deplasaţi piciorul în direcţie medială spre membrul opus.



- *Rotaţia externă şi internă.* Îndoiţi membrul inferior din şold şi genunchi la 90°, fixaţi coapsa cu o mână, apucaţi glezna cu cealaltă şi rotiţi gamba – către medial pentru rotaţia externă a şoldului şi către lateral pentru rotaţia internă. Deşi la început poate părea ciudată, aceasta este deplasarea capului femural în acetabul care identifică aceste tipuri de mişcări.



Limitarea rotaţiei interne şi externe a şoldului reprezintă un semn sensibil care indică afectarea acestei articulaţii, de exemplu prin artrită.[42]

ARTICULAȚIA GENUNCHIULUI

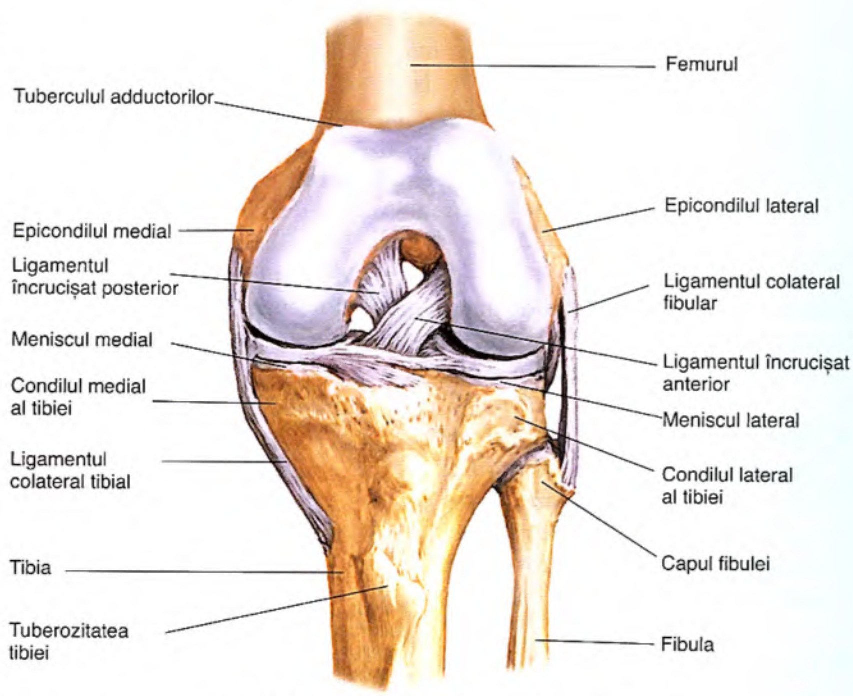
Prezentare generală

Genunchiul este cea mai mare articulaţie din organism. Este o articulaţie în balama care implică trei oase: femurul, tibia şi patela (rotula), cu trei suprafeţe articulare, două între femur şi tibie şi una între femur şi rotulă. Observaţi modul în care cei doi condili rotunjiţi ai femurului sunt dispuşi pe platoul tibial relativ plat. Articulaţia genunchiul nu are o stabilitate intrinsecă, fiind dependentă de ligamente pentru menţinerea poziţiei oaselor care se articulează la acest nivel. Această caracteristică, împreună cu acţiunea de pârghie a femurului asupra tibiei şi lipsa muşchilor sau ţesutului adipos care să acopere articulaţia, face ca genunchiul să fie foarte vulnerabil la traumatisme.

Structuri osoase

Învăţaţi reperele osoase de la nivelul şi din vecinătatea genunchiului, care vă vor ghida în examinarea clinică a acestei articulaţii complexe.

- Pe *suprafaţa medială*, identificaţi *tuberculul adductorilor*, *epicondilul medial* al femurului şi *condilul medial* al tibiei.
- Pe *suprafaţa anterioară*, identificaţi patela, aşezată pe suprafaţa articulară anterioară a femurului, la jumătatea distanţei dintre epicondili, în interiorul tendonului muşchiului cvadriceps femural. Acest tendon se continuă sub articulaţia genunchiului sub forma *ligamentului patelei*, care se inseră distal pe *tuberozitatea tibiei*.
- *Pe suprafaţa laterală*, identificaţi *epicondilul lateral* al femurului şi *condilul lateral* al tibiei.



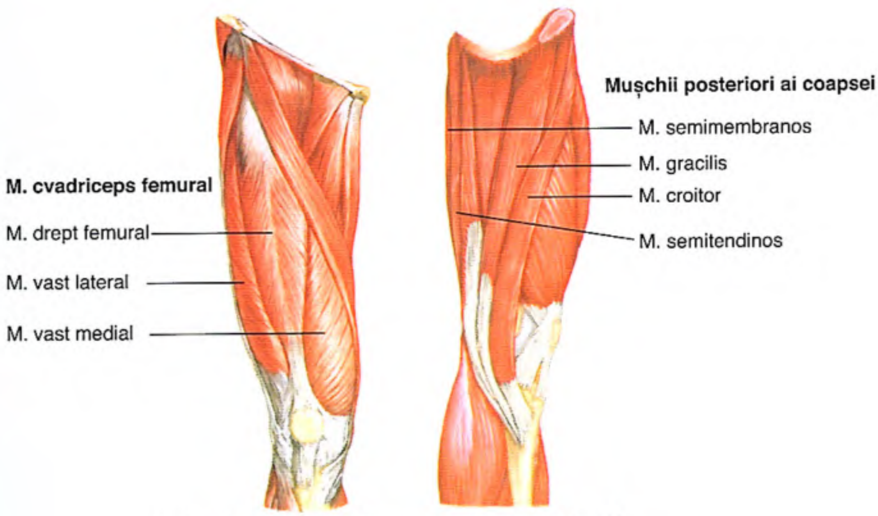
VEDERE ANTERIOARĂ A GENUNCHIULUI

Articulații

Între curburile convexe ale condililor femurali medial şi lateral şi condilii concavi ai tibiei există două *articulaţii condiliene tibio-femurale*. A treia suprafaţă articulară este reprezentată de *articulaţia femuro-patelară*. Patela alunecă în şanţul de pe faţa anterioară a femurului distal, numit *şanţ trohlear*, în timpul flexiei şi extensiei genunchiului.

Grupuri musculare

Genunchiul se deplasează şi este susţinut de acţiunea unor muşchi puternici. Muşchiul *cvadriceps femural* este responsabil de extensia membrului inferior şi acoperă feţele anterioară, medială şi laterală ale coapsei. *Muşchii posteriori ai coapsei* sunt responsabili de flexia genunchiului.



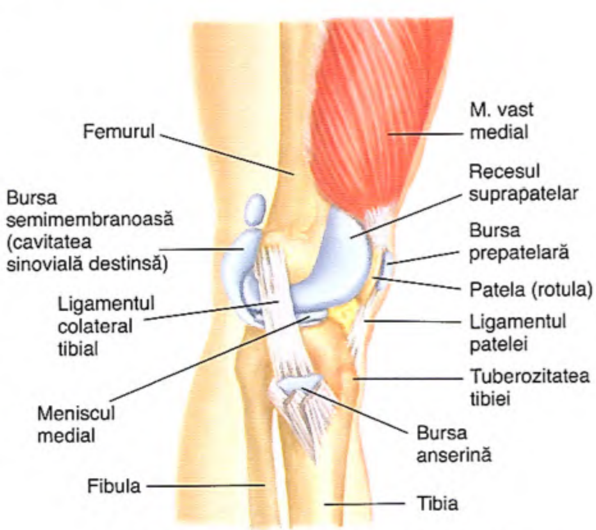
VEDERE ANTERIOARĂ **VEDERE MEDIALĂ**

Structuri asociate

Meniscurile şi două perechi de ligamente importante, cele colaterale şi cele încrucişate, sunt esenţiale pentru stabilitatea genunchiului. Identificaţi aceste structuri în ilustraţia de la pag. 625 şi în cele care urmează.

- *Meniscurile medial şi lateral* amortizează acţiunea femurului asupra tibiei. Aceste discuri fibrocartilaginoase cu formă semilunară adaugă o suprafaţă în formă de cupă la platoul tibial.

- *Ligamentul colateral tibial (sau medial, LCM)* nu se palpează cu uşurinţă şi este reprezentat de un ligament lat şi aplatizat care face legătura între epicondilul femural medial şi condilul medial al tibiei. Porţiunea mijlocie a LCM se ataşează şi la meniscul medial.



GENUNCHIUL STÂNG - VEDERE MEDIALĂ

- *Ligamentul colateral fibular (sau lateral, LCL)* face legătura dintre epicondilul femural lateral şi capul fibulei. LCM şi LCL oferă stabilitatea medială şi laterală a genunchiului.

- *Ligamentul încrucişat anterior (LIA)* traversează oblic din partea anteromedială a tibiei la condilul femural lateral, împiedicând alunecarea anterioară a tibiei pe femur.

- *Ligamentul încrucişat posterior (LIP)* traversează din *partea posterioară* a tibiei şi meniscul lateral până la condilul femural medial, împiedicând alunecarea posterioară a tibiei pe femur. Aceste ligamente nu sunt palpabile deoarece se află în interiorul articulaţiei genunchiului. Totuşi, sunt esenţiale pentru stabilitatea antero-posterioară a acestei articulaţii.



Observaţi concavităţile care sunt de obicei vizibile de fiecare parte a patelei precum şi deasupra acesteia. Aceste depresiuni sunt ocupate de cavitatea sinovială a genunchiului, cea mai mare cavitate articulară din organism. Cavitatea sinovială include o extensie de 6 cm deasupra marginii superioare a patelei, situată superior, în profunzimea muşchiului cvadriceps - *recesul suprapatelar* (numit uneori *bursa suprapatelară*). Cavitatea articulară acoperă suprafeţele anterioară, medială şi laterală a genunchiului, dar şi condilii femurali şi tibia posterior. Deşi în mod normal sinoviala nu este decelabilă, aceste regiuni pot fi tumefiate şi dureroase dacă articulaţia este inflamată.

În vecinătatea articulaţiei genunchiului se află mai multe burse. *Bursa prepatelară* se află între rotulă şi tegumentul care o acoperă. *Bursa anserină* se află la 2,5–5 cm sub articulaţia genunchiului pe faţa medială, proximal şi medial de inserţia muşchilor posteriori ai coapsei pe tibia proximală. Nu poate fi palpată din cauza tendoanelor acestor muşchi. *Bursa semimembranoasă* este mare şi comunică cu cavitatea articulară, tot pe faţa posterioară şi medială a genunchiului.

Tehnici de examinare

Inspecţie. Observaţi cursivitatea şi ritmicitatea mersului de la intrarea pacientului în încăpere. Genunchiul trebuie să fie în extensie când călcâiul atinge solul şi în flexie în toate celelalte faze ale mersului.

Împiedicarea în timpul mersului sau extensia genunchiului cu ajutorul mâinii în timp ce călcâiul atinge solul sugerează *deficit motor al muşchiului cvadriceps.*

Verificaţi alinierea şi contururile genunchiului. Observaţi orice atrofie la nivelul muşchiului cvadriceps.

Genu varum („genunchi în paranteze") şi *genu valgum* („genunchi în X") sunt frecvente; contractură în flexie (incapacitatea de a efectua o extensie completă) în paralizia membrului

Dispariţia depresiunilor normale din jurul patelei constituie un semn de tumefacţie a articulaţiei şi a recesului suprapatelar; observaţi orice altă tumefacţie la nivelul genunchiului.

Tumefacţia rotulei sugerează *bursită prepatelară.* Tumefacţia localizată la nivelul tuberozităţii tibiei sugerează *bursită infrapatelară*, sau dacă este situată mai medial, *bursită anserină.*

Palpare. Rugaţi pacientul să se aşeze pe marginea mesei de examinare cu genunchii în flexie. În această poziţie, reperele osoase sunt mai vizibile, iar muşchii, tendoanele şi ligamentele sunt mai relaxate, fiind mai uşor de palpat.

Acordaţi atenţie în mod special zonelor dureroase. Durerea este un simptom frecvent în patologia genunchiului şi localizarea structurii dureroase este importantă pentru o evaluare corectă.

Articulaţia tibio-femurală. Palpaţi *articulaţia tibio-femurală*. Privind genunchiul din faţă, aşezaţi-vă cele două police pe depresiunile de la nivelul ţesuturilor moi pe fiecare parte a *ligamentului patelei*. Identificaţi interliniul articulaţiei tibio-femurale. Observaţi că rotula se află imediat deasupra acestui interliniu. Pe măsură ce apăsaţi cu policele în jos, veţi simţi marginea platoului tibial. Urmăriţi acest contur medial şi apoi lateral, până sunteţi oprit de apropierea dintre femur şi tibie. Deplasând policele în sus şi spre linia mediană către marginea superioară a patelei, urmăriţi suprafaţa articulară a femurului şi identificaţi marginile articulaţiei.

Observaţi orice proeminenţe osoase neregulate de-a lungul marginilor articulare.

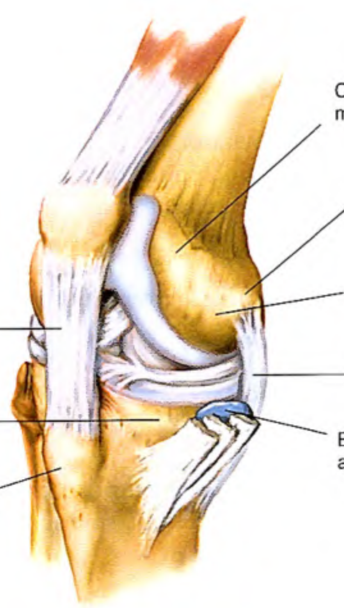
Proeminenţe osoase dureroase pe marginea articulaţiei, deformare în genu varum şi redoare timp de cel mult 30 de minute sugerează *osteoartrită* (probabilitate: 11,8, 3,4 şi respectiv 3,0).[43-46] De asemenea, pot fi prezente crepitaţii.

Palpaţi *meniscul medial* apăsând în depresiunea medială formată de ţesuturile moi de-a lungul marginii superioare a platoului tibial. Meniscul medial se palpează mai uşor dacă tibia este în uşoară rotaţie internă. Poziţionaţi genunchiul în flexie uşoară şi palpaţi *meniscul lateral* de-a lungul interliniului articular lateral.

Ruptura de menisc asociată cu durere după un traumatism este mai frecventă în cazul meniscului medial.

Evaluaţi *compartimentele medial şi lateral* ale articulaţiei tibio-femurale cu genunchiul în flexie de aproximativ 90° pe masa de examinare. Acordaţi atenţie specială regiunilor dureroase sau sensibile.

- *Compartimentul medial.* Medial, deplasaţi policele în sus pentru a palpa *condilul femural medial. Tuberculul adductorilor* se află posterior de acest condil. Deplasaţi policele în jos şi palpaţi *platoul tibial medial.*



Tot medial, palpaţi de-a lungul interliniului articular şi identificaţi *ligamentul colateral medial*, care leagă epicondilul femural medial de condilul medial tibial şi de suprafaţa medială superioară a tibiei. Palpaţi acest ligament lat şi plat pe toată lungimea sa, de la origine până la inserţie.

Durerea la nivelul LCM apărută după traumatisme sugerează posibilitatea unei rupturi a LCM; leziunile LCL sunt mai rare.

- *Compartimentul lateral.* Lateral de ligamentul patelei, deplasaţi cele două police în sus pentru a palpa *condilul femural lateral* şi în jos pentru a palpa *platoul tibial lateral.* Când genunchiul este în flexie, epicondilii femurali sunt situaţi lateral de condilii femurali.

  Tot pe suprafaţa laterală, rugaţi pacientul să încrucişeze un picior astfel încât să aşeze glezna pe genunchiul opus şi identificaţi *ligamentul colateral lateral*, un cordon dur care uneşte epicondilul femural lateral de capul fibulei.

Evaluaţi *compartimentul femuro-patelar.* Localizaţi *patela* şi urmăriţi ligamentul patelei distal până ajungeţi la *tuberozitatea tibiei.* Rugaţi pacientul să extindă piciorul pentru a vă asigura că ligamentul patelei este intact.

Durerea la nivelul ligamentului sau incapacitatea de a întinde membrul inferior sugerează o ruptură parţială sau completă a ligamentului patelei.

Cu pacientul în decubit dorsal şi cu genunchiul în extensie, apăsaţi patela deasupra femurului subiacent. Rugaţi pacientul să încordeze muşchiul cvadriceps pe măsură ce patela se mobilizează distal în şanţul trohlear. Verificaţi dacă alunecarea este lină (*"semnul rindelei" în artroza femuro-patelară*).

Durerea însoţită de crepitaţii sugerează eroziuni ale suprafeţei patelei care se articulează cu femurul. O durere similară poate apărea la urcatul scărilor sau la ridicarea din scaun.

Durerea la compresie şi în timpul mobilizării patelei, provocată de contracţia cvadricepsului, sugerează *condromalacie,* caracterizată prin degenerescenţă rotuliană *(sindromul femuro-patelar).*

Recesul suprapatelar, bursa prepatelară şi bursa anserină. Încercaţi să palpaţi orice îngroşare sau tumefacţie a *recesului suprapatelar* şi de-a lungul marginilor patelei. Începeţi la 10 cm de marginea superioară a patelei, deasupra recesului, şi palpaţi ţesuturile moi cu ajutorul policelui şi a celorlalte degete. Deplasaţi mâna distal avansând progresiv, încercând să identificaţi recesul. Continuaţi palparea de-a lungul marginilor laterale ale patelei. Identificaţi orice zonă dureroasă sau cu căldură locală mai mare faţă de ţesuturile înconjurătoare.



Tumefacţia peripatelară şi deasupra patelei sugerează hipertrofia sinovialei sau revărsat în articulaţia genunchiului.



Tumefacţia, împăstarea sau căldura locală în aceste regiuni indică sinovită sau revărsat nedureros cauzat de osteoartrită.

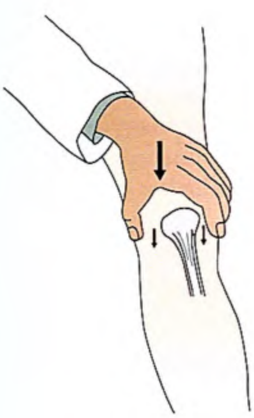
Verificaţi dacă există împăstare sau tumefacţie la nivelul celorlalte trei burse. Palpaţi *bursa prepatelară* şi *bursa anserină* pe faţa postero-medială a genunchiului între ligamentul colateral medial şi tendoanele care se inseră pe platoul tibial medial. Pe faţa posterioară a genunchiului, cu membrul inferior în extensie, palpaţi porţiunea medială a fosei poplitee.

Bursită prepatelară („genunchiul menajerei") din cauza utilizării prelungite a articulaţiei prin statul în genunchi. *Bursită anserină* la alergători, în cazul deformării în genu valgus, fibromialgiei, sau osteoartritei. Un *chist popliteu (Baker)* prin distensia bursei semimembranoase gastrocnemiene.

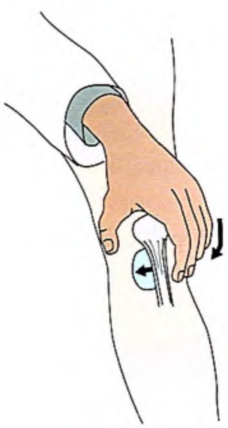
Teste pentru palparea revărsatului lichidian în articulaţia genunchiului. Există trei teste pentru decelarea lichidului din articulaţia genunchiului: semnul bombării, semnul balonului şi balotarea patelei.

- *Semnul bombării (pentru revărsatele minime).* Cu genunchiul în extensie, aşezaţi mâna stângă deasupra genunchiului şi aplicaţi o presiune asupra recesului suprapatelar, pentru a deplasa sau mobiliza lichidul în jos. Loviţi uşor faţa medială a genunchiului şi aplicaţi o presiune pentru a induce deplasarea lichidului în lateral. Percutaţi genunchiul imediat posterior de marginea laterală a patelei cu mâna dreaptă.

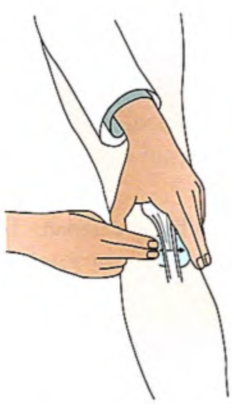
Un val lichidian sau o bombare pe faţa medială între patelă şi femur reprezintă un semn pozitiv pentru un revărsat articular.



Mobilizaţi în sens cranio-caudal



Aplicaţi o presiune pe faţa medială



Percutaţi şi urmăriţi valul lichidian

- *Semnul balonului (pentru revărsate mari).* Aşezaţi policele şi indexul mâinii drepte pe marginile laterale ale patelei; cu mâna stângă comprimaţi recesul suprapatelar pe femur. Simţiţi cu policele şi indexul mâinii drepte lichidul care pătrunde (sau balonizează) în spaţiile situate lateral de rotulă.

Când în articulaţia genunchiului se află un revărsat lichidian mare, compresia suprapatelară împinge lichidul în spaţiile peripatelare. Un val lichidian palpabil reprezintă un "semn al balonului" pozitiv. Dacă valul lichidian revine în recesul suprapatelar, atunci se confirmă prezenţa revărsatului.



- *Balotarea rotulei.* Tot pentru evaluarea revărsatelor mari, comprimaţi recesul suprapatelar şi „balotaţi" sau împingeţi cu o mişcare bruscă patela spre femur. Urmăriţi revenirea lichidului în recesul suprapatelar.



Lichidul palpabil care revine în recesul suprapatelar confirmă încă o dată prezenţa unui revărsat mare.

În timpul compresiei poate apărea şi un clic rotulian palpabil, dar multe rezultate sunt fals-pozitive.

Muşchii gastrocnemian şi solear, tendonul lui Achille (calcanean). Palpaţi *muşchii gastrocnemian* şi *solear* pe suprafaţa posterioară a gambei. Tendonul lor comun, tendonul calcanean, este palpabil aproximativ din treimea inferioară a gambei până la inserţia sa pe calcaneu.

Deficit muscular însoţit de durere şi tumefacţie în *ruptura tendonului calcanean*; durere şi îngroşarea tendonului deasupra calcaneului, uneori asociate cu o protuberanţă osoasă postero-laterală calcaneană în *tendinita achileană*.

Pentru a verifica integritatea *tendonului calcanean*, aşezaţi pacientul în decubit ventral cu genunchiul şi glezna flectate la 90°, sau rugaţi pacientul să îngenuncheze pe un scaun. Comprimaţi gamba şi urmăriţi flexia plantară a gleznei.

Absenţa flexiei plantare este un test pozitiv pentru ruptura tendonului calcanean. Alte semne pot fi: durere severă cu debut brusc, ca o „rană împuşcată", o echimoză care se întinde de la gambă până la călcâi, şi mers stepat cu absenţa fazei de propulsie a mersului.

Tipuri de mişcare şi manevre

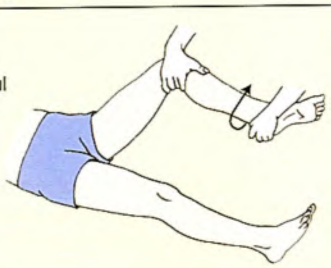
Tipuri de mişcare. Evaluaţi amplitudinea mişcărilor de la nivelul genunchiului conform tabelului de mai jos care cuprinde muşchii responsabili pentru fiecare mişcare şi instrucţiunile clare şi simple care determină răspunsul dorit din partea pacientului.

Tipuri de mişcări ale genunchiului	Principalii muşchi implicaţi în mişcare	Instrucţiuni pentru pacient
Flexie	Grupul muşchilor posteriori ai coapsei: biceps femural, semitendinos şi semimembranos	*„Îndoiţi genunchiul". Sau „Aşezaţi-vă pe vine"*
Extensie	Cvadriceps: drept femural, vast medial, vast lateral şi intermediar	*„Întindeţi piciorul". Sau „După ce v-aţi aşezat pe vine, ridicaţi-vă în picioare"*
Rotaţie internă	Croitor, gracilis, semitendinos, semimembranos	*„Stând aşezat, balansaţi gamba către interior"*
Rotaţie externă	Biceps femural	*„Stând aşezat, balansaţi gamba către exterior"*

Crepitaţiile în timpul flexiei şi extensiei sugerează osteoartrită.[44, 45]

Manevre. În anumite cazuri va trebui să testaţi stabilitatea ligamentară şi integritatea meniscurilor, mai ales dacă există un istoric de traumatisme sau durere la palpare.[47,48] Întotdeauna trebuie să examinaţi ambii genunchi şi să comparaţi rezultatele.

Manevre pentru examinarea genunchiului

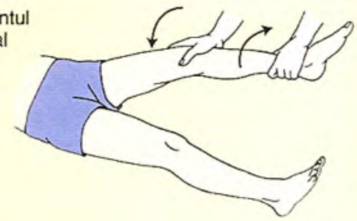
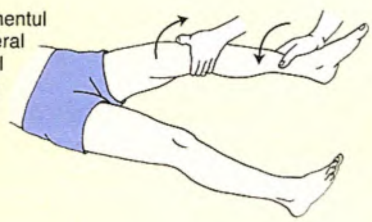
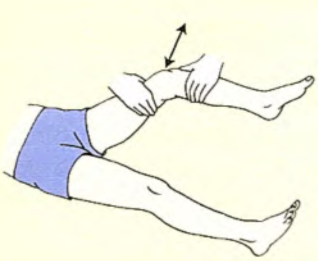
Structură	Manevră
Meniscul medial şi meniscul lateral 	*Testul McMurray.* Dacă se simte sau se aude un clic pe interliniul articular în timpul flexiei şi extensiei genunchiului, sau dacă se observă durere pe interliniul articular, evaluaţi meniscul în căutarea unei rupturi posterioare. Cu pacientul în decubit dorsal, apucaţi călcâiul şi îndoiţi genunchiul. Cuprindeţi genunchiul cu cealaltă mână cu degetele şi policele de-a lungul interliniului articular medial şi lateral. Rotiţi intern şi extern gamba de la nivelul călcâiului. Apăsaţi apoi pe partea laterală pentru a aplica o presiune în valgus asupra feţei mediale a articulaţiei. În acelaşi timp, rotiţi piciorul în exterior şi întindeţi-l lent.

Un clic sau o pocnitură în regiunea medială a articulaţiei, produse în timpul presiunii în valgus, rotaţiei externe şi extensiei piciorului, sugerează o posibilă *ruptură a porţiunii posterioare a meniscului medial.* Ruptura poate deplasa ţesutul meniscului, provocând „blocarea" genunchiului în extensie completă.

Probabilitatea unei rupturi a meniscului medial este de 8,2 în prezenţa semnului McMurray şi de 3,2 în prezenţa fenomenului de blocare.[43]

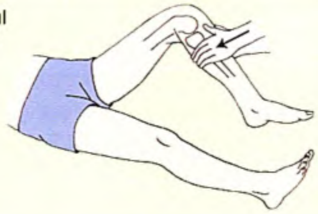
(se continuă)

• Manevre pentru examinarea genunchiului (continuare)

Structură	Manevră	Exemple de anomalii
Ligamentul colateral medial (LCM) 	*Testul de suprasolicitare în abducție (sau valgus).* Cu pacientul în decubit dorsal și genunchiul ușor flectat, deplasați coapsa cu aproximativ 30° lateral, spre marginea mesei. Așezați o mână lateral deasupra genunchiului pentru a fixa femurul și cu cealaltă mână cuprindeți medial glezna. Împingeți genunchiul în interior și trageți glezna în exterior pentru a deschide articulația genunchiului pe fața medială *(suprasolicitare în valgus).*	Durerea sau un decalaj în interliniul articular medial indică laxitate ligamentară și o ruptură parțială a *ligamentului colateral medial.* Majoritatea leziunilor se produc pe fața medială.
Ligamentul colateral lateral (LCL) 	*Testul de suprasolicitare în adducție (sau varus).* Acum, cu coapsa și genunchiul în aceeași poziție, schimbați-vă poziția și așezați o mână pe fața medială a genunchiului și cealaltă lateral pe gleznă. Împingeți genunchiul în exterior și trageți glezna în interior pentru a deschide articulația genunchiului pe fața laterală (*suprasolicitare în varus*).	Durerea sau un decalaj în interliniul articular lateral indică laxitate ligamentară și o ruptură parțială a *ligamentului colateral lateral.*
Ligamentul încrucișat anterior (LIA) 	*Testul sertarului anterior.* Cu pacientul în decubit dorsal, cu șoldurile și genunchii flectați la 90° și cu picioarele așezate pe masă, cuprindeți cu mâinile genunchiul, cu cele două police pe fețele medială și laterală ale interliniului articular și cu celelalte degete pe inserțiile mușchilor posteriori ai coapsei. Trageți tibia anterior și observați dacă alunecă înainte (ca un sertar) de sub femur. Comparați gradul deplasării către anterior în cazul ambilor genunchi.	O minimă deplasare anterioară este normală dacă este simetrică la nivelul celor doi genunchi. O deplasare anterioară bruscă ce evidențiază contururile tibiale superioare este un *semn al sertarului anterior pozitiv,* iar probabilitatea unei rupturi a LIA este de 11,5.[45]
	*Testul Lachman.* Flectați genunchiul la 15° și rotiți-l în exterior. Apucați femurul distal cu o mână și tibia superioară cu cealaltă. Având policele mâinii de pe tibie pe interliniul articular, deplasați în același timp tibia anterior și femurul posterior. Estimați amplitudinea deplasării către anterior.	Deplasarea anterioară semnificativă indică o *ruptură a LIA* (probabilitatea crește cu 17,0 dacă *testul este pozitiv*).[43]

(se continuă)

• Manevre pentru examinarea genunchiului (continuare)

Structură	Manevră	Exemple de anomalii
Ligamentul încrucișat posterior (LIP) 	*Testul sertarului posterior.* Poziționați pacientul și așezați-vă mâinile în pozițiile descrise pentru testul sertarului anterior. Împingeți tibia posterior și observați amplitudinea mișcării posterioare față de femur.	*Rupturile* izolate ale *LIP* sunt rare.

GLEZNA ȘI PICIORUL

Prezentare generală

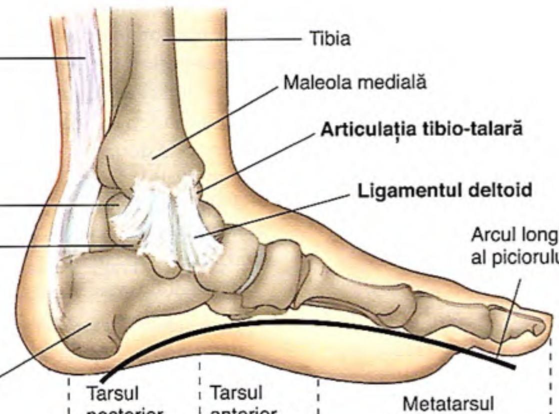
Greutatea totală a corpului se distribuie prin intermediul gleznei către picior. Glezna și piciorul trebuie să mențină corpul în echilibru și să absoarbă șocul mersului și al contactului dintre călcâi și sol. În ciuda stratului gros de suport care protejează degetele de la picioare, planta și călcâiul, și a ligamentelor stabilizatoare de la nivelul gleznei, piciorul și glezna sunt regiuni predilecte ale entorselor și leziunilor osoase.

Structuri osoase și articulații

Glezna este o articulație în balama formată între *tibie*, *fibulă* (peroneu) și *talus* (astragal). Tibia și fibula stabilizează articulația în timp ce acoperă talusul asemeni unei cupe răsturnate.

Principalele articulații ale gleznei sunt *articulația tibio-talară* dintre tibie și talus, și *articulația subtalară (talo-calcaneană)*.

Principalele repere ale gleznei sunt: *maleola medială*, proeminența osoasă de la extremitatea distală a tibiei, și *maleola laterală*, de la capătul distal al fibulei. Adăpostit sub talus și proiectat posterior se află *calcaneul*, sau călcâiul.

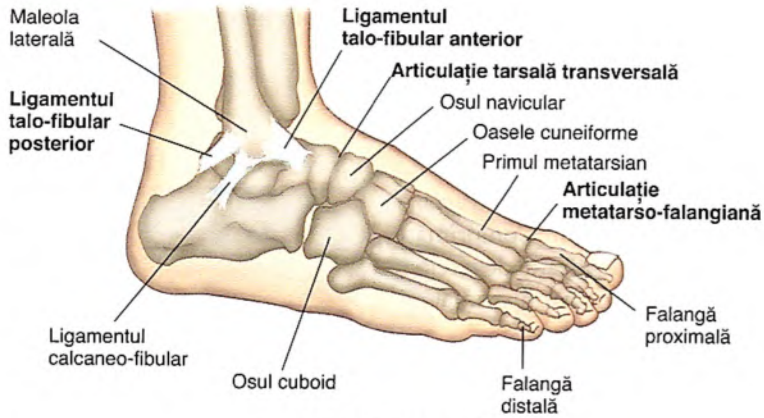


VEDERE MEDIALĂ

O linie imaginară, *arcul longitudinal* al piciorului, se întinde de la calcaneu de-a lungul oaselor tarsiene ale tarsului anterior (vezi oasele cuneiforme, navicularul și cuboidul pe pagina următoare) până la oasele metatarsiene și degete. *Capetele metatarsienelor* sunt palpabile la baza degetelor. La nivelul antepiciorului identificați *articulațiile metatarso-falangiene*, proximal de originea degetelor, și *articulațiile interfalangiene proximale* și *distale* ale degetelor.

Grupuri musculare şi structuri asociate

Mişcarea în articulaţia gleznei este limitată la dorsiflexie şi flexie plantară. *Flexia plantară* este realizată de gastrocnemian, muşchiul tibial posterior şi flexorii degetelor. Tendoanele acestor muşchi trec posterior de maleole. *Dorsiflexorii* includ muşchiul tibial anterior şi extensorii degetelor. Aceştia sunt proeminenţi şi se află pe faţa anterioară, sau faţa dorsală a gleznei, anterior de maleole.



VEDERE LATERALĂ

Ligamentele se întind de la fiecare maleolă la nivelul piciorului.

- Medial, *ligamentul deltoid* cu formă triunghiulară se desface în evantai de la suprafaţa inferioară a maleolei mediale până la talus şi oasele tarsiene proximale, protejând glezna în situaţiile de suprasolicitare prin eversiune (răsucirea gleznei în interior).
- Lateral, cele trei ligamente sunt mai puţin rezistente, iar riscul leziunilor este mai mare: *ligamentul talo-fibular anterior* – cel mai expus riscului de leziuni determinate de inversiune (răsucirea gleznei în exterior); *ligamentul calcaneo-fibular* şi *ligamentul talo-fibular posterior*. Rezistentul tendon calcanean fixează muşchii gastrocnemian şi solear de calcaneul posterior. Fascia plantară se inseră pe tuberozitatea medială a calcaneului.

Tehnici de examinare

Inspecţie. Inspectaţi toate suprafeţele gleznelor şi picioarelor, consemnând orice deformări, noduli, tumefacţii, calusuri sau clavusuri.

Vezi Planşa 16-9, Anomaliile piciorului (pag. 652) şi Planşa 16-10, Anomaliile degetelor piciorului şi ale plantelor (pag. 653).

Palpare. Palpaţi cu policele faţa anterioară a *articulaţiei fiecărei glezne*, notând orice tumefacţie, împăstare sau durere.

Durerea localizată sugerează artrită, leziuni ligamentare sau infecţii ale gleznei.



Palpaţi *tendonul calcanean* pe toată lungimea sa, căutând noduli sau prezenţa durerii.

Noduli reumatoizi; durere prezentă în tendinita achileană, bursită sau rupturi traumatice parţiale.

Palpaţi călcâiul, mai ales calcaneul în regiunea posterioară şi inferioară, şi fascia plantară pentru a identifica prezenţa durerii.

La nivelul calcaneului pot fi prezente osteofite (pinteni osoşi). Durerea calcaneană cu caracter localizat, declanşată de palparea fasciei plantare, sugerează *fasciită plantară*; apare în ortostatismul prelungit sau în exerciţiile care implică loviturile de călcâi, dar şi în *artrita reumatoidă, gută*.[49,50]

Palpați maleolele laterală și medială în căutarea durerii, mai ales în prezența unui traumatism.

După un traumatism, imposibilitatea susținerii greutății după 4 pași și durerea pe fața posterioară a oricărei maleole, dar mai ales a celei mediale, ridică suspiciunea unei fracturi de gleznă (cunoscută drept regula Ottowa a articulației gleznei).[51]

Palpați *articulațiile metatarso-falangiene* pentru identificarea durerii. Comprimați metatarsul între police și restul degetelor. Aplicați o presiune imediat proximal de capetele metatarsienelor 1 și 5.



Durerea la compresiune este un semn precoce al *artritei reumatoide*. Inflamația acută a primei articulații metatarso-falangiene sugerează *gută*.

Cu ajutorul policelui și indexului palpați capetele celor cinci metatarsiene și spațiile dintre acestea. Plasați policele pe fața dorsală a piciorului și indexul pe fața plantară.



Durere și disconfort, numite global *metatarsalgie*, pot fi prezente în traumatisme, artrită, afecțiuni vasculare.

Durere la nivelul capetelor metatarsienelor 3 și 4 pe suprafața plantară în *neuromul Morton* (vezi pag. 652).

Tipuri de mișcare și manevre

Tipuri de mișcare. Evaluați flexia și extensia în articulația tibio-talară (a gleznei). La nivelul piciorului, evaluați inversiunea și eversiunea din articulațiile subtalară și tarsală transversă.

Tipuri de mișcări ale gleznei și piciorului	Principalii mușchi implicați în mișcare	Instrucțiuni pentru pacient
Flexia gleznei (flexie plantară)	Gastrocnemian, solear, plantar, tibial posterior	*„Îndreptați piciorul spre podea"*
Extensia gleznei (dorsiflexie)	Tibial anterior, extensor lung al degetelor și extensor lung al halucelui	*„Îndreptați piciorul spre tavan"*
Inversiune	Tibial posterior și tibial anterior	*„Răsuciți călcâiul în interior"*
Eversiune	Peronier lung și peronier scurt	*„Răsuciți călcâiul în exterior"*

Manevre

- *Articulaţia gleznei (tibio-talară).* Executaţi dorsiflexia şi flexia plantară a piciorului la nivelul gleznei.

Durerea în timpul mobilizării gleznei şi piciorului contribuie la localizarea unei posibile artrite.

- *Articulaţia subtalară (talo-calcaneană).* Fixaţi glezna cu o mână, apucaţi călcâiul cu cealaltă şi executaţi inversiunea şi eversiunea piciorului.

Mobilizarea în orice direcţie a unei articulaţii cu artrită este deseori dureroasă, în timp ce o entorsă ligamentară este dureroasă atunci când ligamentul afectat este întins. De exemplu, într-o formă frecventă de entorsă a gleznei, inversiunea şi flexia plantară a piciorului provoacă durere, în timp ce eversiunea şi flexia plantară sunt relativ nedureroase.



INVERSIUNE



EVERSIUNE

- *Articulaţia tarsală transversă.* Fixaţi călcâiul şi executaţi inversiunea şi eversiunea metatarsului.

- *Articulaţiile metatarso-falangiene.* Executaţi flexia plantară a degetelor.



INVERSIUNE

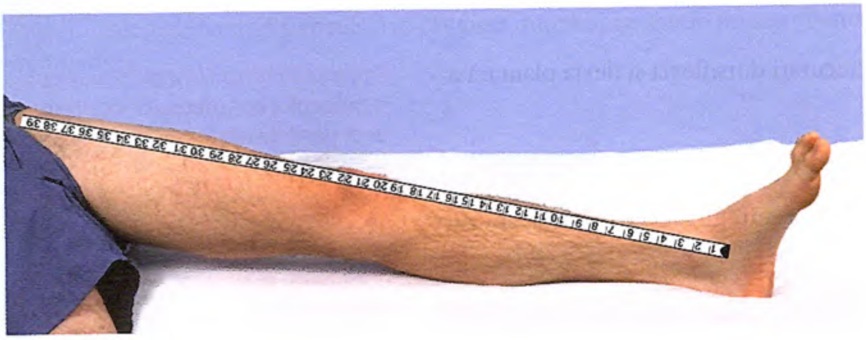


EVERSIUNE

TEHNICI SPECIALE

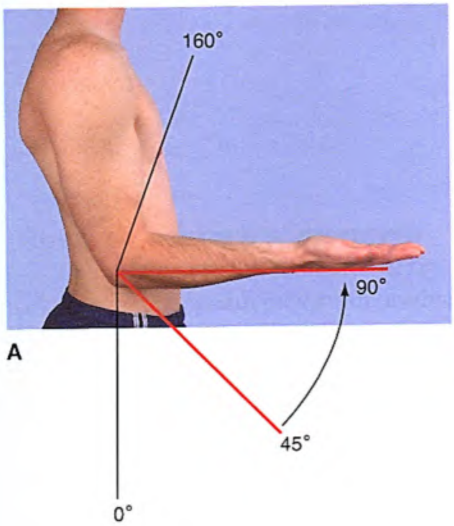
Determinarea lungimii membrelor inferioare. Dacă suspectaţi o inegalitate de lungime a membrelor inferioare ale pacientului, măsuraţi-le. Aşezaţi pacientul confortabil în decubit dorsal, cu picioarele aliniate simetric, în extensie. Cu o ruletă măsuraţi distanţa dintre spina iliacă antero-superioară şi maleola medială. Ruleta trebuie să treacă în dreptul genunchiului pe faţa sa medială.

Inegalitatea picioarelor poate explica prezenţa unei scolioze.

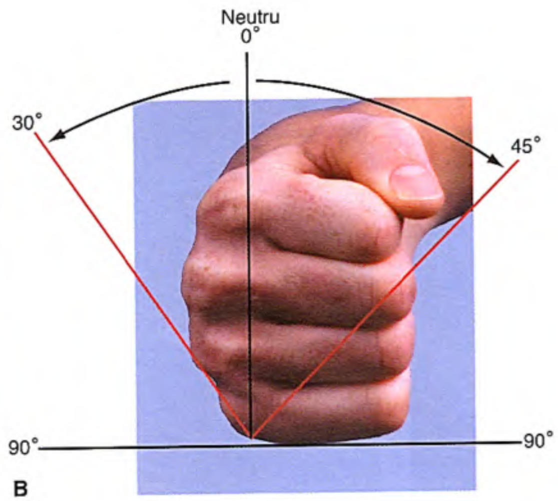


Descrierea limitării mişcărilor unei articulaţii. Deşi măsurarea amplitudinii mişcării este rareori necesară, limitele pot fi descrise în grade. Pentru acest scop sunt disponibile goniometre de buzunar. În cele două exemple prezentate mai jos, liniile roşii indică amplitudinea mişcărilor articulare ale pacientului, iar liniile negre marchează amplitudinea normală.

Observaţiile pot fi descrise în mai multe moduri. Numerele din paranteze reprezintă abrevieri ale înregistrărilor.



A



B

A. Flexia cotului de la 45° la 90° (45° → 90°),

-sau-

Cotul are o deformare în flexie de 45° şi poate fi flectat în continuare până la 90° (45° → 90°).

B. Supinaţia la nivelul cotului = 30° (0° → 30°),
Pronaţia la nivelul cotului = 45° (0° → 45°)

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Exemplele prezentate în continuare conţin formulări adecvate pentru majoritatea situaţiilor. Utilizarea termenilor anatomici specifici pentru structura şi funcţia articulaţiei examinate este esenţială în redactarea documentului medical.

Consemnarea examenului fizic – sistemul osteomuscular

„Mişcare cu amplitudine normală în toate articulaţiile. Nici un semn de tumefacţie sau deformare."

SAU

„Mişcare cu amplitudine normală în toate articulaţiile. Mână cu modificări degenerative: noduli Heberden la nivelul articulaţiilor interfalangiene distale, noduli Bouchard la nivelul articulaţiilor interfalangiene proximale. Durere uşoară la flexia, extensia şi rotaţia ambelor şolduri. Mişcare cu amplitudine normală la nivelul genunchiului bilateral, cu crepitaţii moderate; fără revărsat articular, dar cu împăstarea sinovialei şi osteofite de-a lungul interliniului articulaţiei tibio-femurale, bilateral. Halux valgus la nivelul primelor articulaţii metatarso-falangiene, bilateral."

Sugerează *osteoartrită*

SAU

„Revărsat moderat la nivelul genunchiului drept şi durere a meniscului medial de-a lungul interliniului articular. Laxitate moderată a ligamentului încrucişat anterior (LIA) la testul sertarului anterior; ligamentul încrucişat posterior (LIP) şi ligamentele colaterale medial şi lateral (LCM, LCL) intacte – absenţa semnului sertarului posterior şi a durerii la testele de suprasolicitare în varus şi valgus. Ligamentul patelei intact – pacientul poate executa extensia gambei. Amplitudine normală a mişcărilor celorlalte articulaţii, fără alte deformări sau tumefacţii."

Sugerează o *ruptură parţială a meniscului medial şi a LIA,* posibil în urma unei leziuni sportive sau a unui traumatism.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. J Gen Intern Med 16(2): 129–131, 2001.
2. Cush JJ, Lipsky PE. Approach to articular and musculoskeletal disorders. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al., eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005:2029–2036.
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 344(5):363–370, 2001.
4. Deyo RA. Diagnostic evaluation of LBP: reaching a specific diagnosis is often impossible. Arch Intern Med 162(13): 1444–1447, 2002.
5. Lurie JD, Gerber PD, Sox HC. A pain in the back. N Engl J Med 343(10):723–726, 2000.
6. Hoffman JR, Mower WR, Wolfson AB, et al. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. N Engl J Med 343(2):94–99, 2000.
7. Devereaux MW. Neck and low back pain. Med Clin North Am 87(3):643–662, 2003.
8. Carette S, Fehlings MG. Cervical radiculopathy. N Engl J Med 353(4):392–399, 2005.
9. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? JAMA 297(13):1478–1488, 2007.
10. Terkeltaub RA. Gout. N Engl J Med 249(17):1647–1655, 2003.
11. Sakane T, Takleno M, Suzuke N, et al. Bechet's disease. N Engl J Med 341(17):1284–1291, 1999.
12. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendations and rationale. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research

and Quality, July 2002. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/physactivity/physactrr.htm. Accessed December 10, 2007.
13. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent low back pain. In: Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:600–709.
14. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, February 2004. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsback.htm. Accessed December 10, 2007.
15. Caragee EJ. Persistent low back pain. N Engl J Med 352(18):1891–1898, 2005.
16. Staal JB, Hlobil H, Twoisk JWR, et al. Graded activity for low back pain in occupational health care. Ann Intern Med 140(2): 77–84, 2004.
17. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent household and recreational injuries. In: Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:659–686.
18. National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Disease National Resource Center. Osteoporosis overview: facts and figures. Available at: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Osteoporosis/default.asp. Accessed December 9, 2007.
19. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 285(6):785–795, 2001.
20. Green CJ. Postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 353(6):595–603, 2005.
21. Kuehn BM. Evidence-based guidelines needed for osteoporosis screening and treatment. JAMA 294(1):34, 2005.
22. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, September 2002. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/osteoporosis/osteorr.htm. Accessed December 10, 2007.
23. Raisz LG. Screening for osteoporosis. N Engl J Med 353(2):164–171, 2005.
24. Margolis KL, Ensrud KE, Schreiner PJ, et al. Body size and risk for clinical fractures in older women. Ann Intern Med 133(2): 123–127, 2000.
25. Rosen CJ. Postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 353(6):595–603, 2005.
26. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 280(7): 605–613, 1998.
27. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 288: 321–333, 2002.
28. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 291:1701–1712, 2004.
29. U.S. Preventive Services Task Force. Hormone replacement therapy for primary prevention of chronic conditions: recommendations and rationale. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2005. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/ht/htpostmenrs.htm. Accessed December 10, 2007.
30. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 31:315–324, 1988.
31. Goldring SR. A 55-year-old woman with rheumatoid arthritis. JAMA 283(4):524–529, 2000.
32. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. Lancet 358:903–911, 2001.
33. Woodward TW, Best TM. The painful shoulder. Part II. Acute and chronic disorders. Am Fam Phys 61(11):3291–3300, 2000.
34. Liume JJ, Verhagen AP, Meidema HS, et al. Does this patient have an instability of the shoulder or a labrum lesion? The rational clinical examination. JAMA 292:1989–1999, 2004.
35. McGee S. Examination of the musculoskeletal system: the shoulder. In: Evidence-based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders, 2007:628–638.
36. Murrell GA. Diagnosis of rotator cuff tears. Lancet 357: 769–770, 2001.
37. D'Arcy CA, McGee S. Does this patient have carpal tunnel syndrome? The rational clinical examination. JAMA 283(23): 3110–3117, 2000.
38. Griffin LY, ed. Hand and wrist. In: Essentials of Musculoskeletal Care 3. Rosemont, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons, 2005:297–299, 321–327.
39. Katz JN, Simmons BP. Carpal tunnel syndrome. N Engl J Med 346(23):1807–1811, 2002.
40. Haywood KL, Garratt AM, Jordan K, et al. Spinal mobility in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. Rheumatology 43(6):750–757, 2004.
41. Laine C, Goldmann D, eds. In the clinic: osteoarthritis. Ann Intern Med 147(3):ITC8-1–ITC8-16, 2007.
42. Steultjens MPM, Dekker J, van Baar ME, et al. Range of joint motion and disability in patients with osteoarthritis of the knee or hip. Rheumatology 39(9):955–961, 2000.
43. McGee S. Examination of the musculoskeletal system: the knee. In: Evidence-based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders, 2007:638–652.
44. Altman R, Asch E, Bloch D, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 29(8):
1039–1049, 1986.
45. Cibere J, Bellamy N, Thorne A, et al. Reliability of the knee examination in osteoarthritis. Arthritis Rheum 50(2): 458–468, 2004.
46. Felson DT. Osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 354(8):841–848, 2006.
47. Solomon DH, Simel DL, Bates DW, et al. Does this patient have a torn meniscus or ligament of the knee? Value of the physical examination. The rational physical

examination. JAMA 286(13):1610–1620, 2001.

48. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. Ann Intern Med 139(7):575–588, 2003.
49. Young CC, Rutherford DS, Niedfeldt MW. Treatment of plantar fasciitis. Am Fam Phys 63:467–474, 477–478, 2001.
50. Buchbinder R. Plantar fasciitis. N Engl J Med 350(21): 2159–2166, 2004.
51. Stiell IG, Greenberg GH, McKnight RD, et al. Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: refinement and prospective validation. JAMA 269(9):1127–1132, 1993.
52. Chou R, Qaseem A, Sonow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 147(7):478–491, 2007.
53. McGee S. Disorders of the nerve roots, plexi, and peripheral nerves. In: Evidence-based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders, 2007:777–788.
54. Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple myeloma. N Engl J Med 351(18):1860–1873, 2004.
55. Davis BT, Pasternak MS. Case 19-2007: a 19-year-old college student with fever and joint pain. N Engl J Med 356(25): 2631–2637, 2007.
56. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 292(19):2388–2395, 2004.
57. Levanthal LJ. Management of bromyalgia. Ann Intern Med 131(11):850–858, 1999.
58. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 33(2):160–172, 1990.
59. Griffin LY, ed. Shoulder. In: Essentials of Musculoskeletal Care 3. Rosemont, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons, 2005:155, 214–221.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Chou R, Huffman AH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 147(7):492–504, 2007.

Clegg DO, Reda DJ, Harria CL. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. N Engl J Med 354(8):795–808, 2006.

Darouiche RO. Spinal epidural abscess. N Engl J Med 355(19): 2012–2020, 2006.

Firestein GS, Kelley WN. Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th ed. Philadelphia: Saunders–Elsevier, 2008.

Fransen M, Nairn L, Winstanley J, et al. Physical activity for osteoarthritis management: a randomized controlled clinical trial evaluating hydrotherapy or Tai Chi classes. Arthritis Rheum 57(3):407–414, 2007.

Griffin LY, ed. Essentials of Musculoskeletal Care, 3rd ed. Rosemont, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons, 2005.

Hoppenfeld S, Hutton R. Physical Examination of the Spine and Extremities. New York: Appleton–Century–Crofts, 1976.

Koopman WJ, Moreland LW. Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology, 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Lane NE. Osteoarthritis of the hip. N Engl J Med 357(14): 1413–1421, 2007.

Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. Lancet 364(9431): 369–379, 2004.

Matsen FA. Rotator-cuff failure. N Engl J Med 358(20): 2138–2147, 2008.

Murrell GAC, Walton JR. Diagnosis of rotator cuff tears. Lancet 357(9258):769–770, 2001.

O'Dell JR. Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis. N Engl J Med 350(25):2591–2602, 2004.

Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. N Engl J Med 356(22):2245–2256, 2007.

Porcheret M, Jordan K, Croft P. Treatment of knee pain in older adults in primary care: development of an evidence-based model of care. Rheumatology 46(4):638–648, 2007.

Scholten RJ, Deville W, Opstelten W, et al. The accuracy of physical diagnostic tests for assessing meniscal lesions of the knee: a meta-analysis. J Fam Pract 50(11):938–944, 2001.

Walton J, Mahajan S, Paxinos A, et al. Diagnostic values of tests for acromioclavicular joint pain. J Bone Joint Surg 86(4):807–812, 2004.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

Durerea lombară joasă[52]

Sindroame	Cauze posibile	Semne fizice
Durerea lombară joasă de cauză mecanică Durere surdă în regiunea lombosacrală; poate iradia în membrul inferior, mai ales de-a lungul dermatoamelor L5 (pe fața laterală) sau S1 (pe fața posterioară). Reflectă anomalii anatomice sau funcționale în lipsa afecțiunilor neoplazice, infecțioase sau inflamatorii.[3] De obicei este acută (<3 luni), idiopatică, benignă și autolimitată; reprezintă 97% din dorsalgiile joase simptomatice. De obicei este legată de mediul profesional și apare la pacienți între 30 și 50 de ani. Factorii de risc includ ridicarea greutăților, obezitate, lipsa condiției fizice.	Deseori apare în leziuni musculare și ligamentare (~70%) sau în afecțiuni ale discurilor intervertebrale sau ale fațetelor articulare asociate vârstei (~4%).[3] Alte cauze includ hernia de disc (~4%), stenoza spinală (~3%), fracturile prin tasare (~4%) și spondilolistezis (2%).	Durere la nivelul mușchilor paravertebrali sau a fațetelor articulare, declanșată de mișcările spatelui, ștergerea lordozei lombare normale, dar fără anomalii ale reflexelor sau deficite motorii sau senzitive. În osteoporoză, verificați dacă există cifoză toracică, durere la percuția unei apofize spinoase, sau fracturi ale coloanei toracice sau de șold.
Sciatică (durere dorsolombară radiculară) Durere acută sub nivelul genunchiului, pe fața laterală a membrului inferior (L5) sau în gamba posterioară (S1); de obicei însoțește durerea lombară joasă. Pacienții acuză prezența paresteziilor sau a deficitelor motorii. Aplecarea în față, strănutul, tusea și efortul de defecație agravează deseori durerea.[1]	Durerea sciatică are sensibilitate de ~95% și specificitate de ~88% pentru hernia de disc. De obicei apare în urma herniei unui disc intervertebral cu compresia sau tracțiunea unei rădăcini nervoase (sau a mai multora) la persoane cu vârsta ≥50 de ani. Aproximativ 95% din herniile de disc afectează rădăcinile L5 și S1.[3] Compresia rădăcinilor sau a măduvei spinării prin neoplazii este întâlnită în mai puțin de 1% din cazuri. Tumori sau hernie mediană în disfuncția intestinală sau vezicală, deficit motor al membrului inferior prin sindromul cozii de cal (S2-4).	Hernia de disc este foarte probabilă în prezența următoarelor semne: atrofia gambei, reducerea capacității de dorsiflexie a gleznei, absența reflexului achilean, testul Lasègue pozitiv (durerea membrului afectat la ridicarea celui sănătos); un test negativ face ca diagnosticul să fie foarte puțin probabil. Ridicarea piciorului ipsilateral în extensie este un test sensibil, ~65-98%, dar nespecific ~10-60%.[53]
Stenoză spinală lombară Durere dorsală sau a membrelor inferioare cu „pseudoclaudicație" în timpul mersului, ameliorată de repaus, de flexia lombară (care decomprimă măduva spinării) sau de ambele. Durere vagă dar de obicei bilaterală, cu parestezii în unul sau ambele membre inferioare.	Produsă de modificări degenerative hipertrofice ale uneia sau mai multor fațete vertebrale și de îngroșarea ligamentului galben care determină îngustarea canalului spinal la nivel central sau la recesurile laterale. Mai frecventă după vârsta de 60 de ani.	Postura poate fi de flexie anterioară, cu deficit motor al membrelor inferioare și atenuarea reflexelor. Testul Lasègue este de obicei negativ.
Rigiditate dorsală cronică	*Spondilita anchilozantă*, o poliartrită inflamatorie, mai frecventă la bărbați sub 40 de ani.[40] *Hiperostoză difuză idiopatică (DISH)*; afectează bărbați > femei, de obicei după vârsta de 50 de ani.	Dispariția lordozei lombare normale, spasm muscular, limitarea flexiei anterioare și laterale. Se ameliorează după exerciții fizice. Imobilitate laterală a coloanei vertebrale, mai ales în regiunea toracică.
Dorsalgie nocturnă, neameliorată de repaus	Luați în considerare *neoplazii metastazate* la nivelul coloanei vertebrale, posibil un cancer de prostată, sân, plămâni, tiroidă și rinichi, sau mielom multiplu.[54]	Variabilă în funcție de origine. Durerea vertebrală localizată poate fi prezentă.
Durere iradiată din pelvis sau abdomen De obicei este o durere profundă, surdă; nivelul variază în funcție de origine. Reprezintă aproximativ 1% din durerile lombare joase.	Ulcer peptic, pancreatită, cancer pancreatic, prostatită cronică, endometrioză, anevrism disecant de aortă, tumoră retroperitoneală și alte cauze.	Mișcările vertebrale nu sunt dureroase și amplitudinea mișcării nu este afectată. Căutați semne ale bolii primare.

PLANȘA 16-2

Durerea cervicală

Sindroame	Cauze posibile	Semne fizice
Durerea cervicală mecanică Durere surdă a musculaturii paraspinale și a ligamentelor cervicale cu asocierea contracturii musculare și a rigidității regiunii dorsale superioare și a umerilor, cu durată de până la 6 săptămâni. Nu iradiază și nu asociază parestezii sau deficite motorii. Poate fi prezentă cefaleea.	Mecanism neclar, posibil contracție musculară prelungită. Asociată cu postură incorectă, suprasolicitare, somn inadecvat, poziție vicioasă a capului în timpul activităților zilnice, de exemplu utilizarea calculatorului, privitul la TV, condusul mașinii.	Durere musculară locală, durere declanșată de mișcare. Fără deficite neurologice. Posibil puncte declanșatoare în *fibromialgie*. *Torticolis* produs de poziția anormală a gâtului și contractura musculară prelungite.
Durerea cervicală mecanică – prin mecanism de hiperflexie/ hiperextensie[7] Durere mecanică cervicală asociată cu durere și rigiditate paravertebrală, care debutează a doua zi după traumatism. Poate exista cefalee occipitală, amețeală, stare de rău și astenie. Sindromul devine cronic dacă simptomele persistă mai mult de 6 luni, fiind întâlnit în 20-40% din traumatisme.	Entorse sau întinderi musculo-ligamentare din cauza hiperflexiei-hiperextensiei forțate la nivel cervical, de pildă în accidentele rutiere prin coliziune posterioară.	Durere paracervicală localizată, limitarea mișcărilor cervicale, senzație de slăbiciune a membrelor superioare. Sunt excluse cauzele de compresie medulară cervicală, precum fractura, hernia, traumatismul cerebral sau tulburarea stării de conștiență.
Radiculopatia cervicală – determinată de compresia rădăcinilor nervoase[7, 8] Senzație puternică de arsură sau durere usturătoare la nivelul gâtului și al unui membru superior, cu deficit motor și parestezie asociate. Simptomele senzitive au distribuție pe miotoame, profund la nivelul musculaturii, nu distribuție în dermatoame.	Disfuncția unor nervi spinali cervicali, a rădăcinilor nervoase, sau a ambelor din cauza pensării foraminale a nervului spinal (~75%), sau a unui disc cervical herniat (~25%). Rar provocată de tumori, siringomielie, scleroză multiplă. Mecanismele pot include hipoxia rădăcinii nervului spinal și a ganglionului dorsal, eliberarea mediatorilor de inflamație.	Rădăcina nervului C7 este afectată cel mai des (45-60%), cu deficit motor al tricepsului și al flexorilor și extensorilor degetelor. De asemenea, este frecventă afectarea rădăcinii C6, cu deficit motor al mușchilor biceps, brahioradial și extensori ai carpului.
Mielopatia cervicală – determinată de compresia măduvei cervicale[7] Durere cervicală cu deficit motor bilateral și parestezii ale ambelor membre superioare și inferioare, deseori cu polakiurie. Lipsa de îndemânare a mâinii, paresteziile palmare și tulburările de mers pot fi discrete. Flexia gâtului accentuează deseori simptomele.	De obicei cauzată de *spondiloza* cervicală, definită drept o boală degenerativă a discului cervical produsă de osteofite, protruzii ale ligamentului galben și/sau hernie de disc (~80%); de asemenea, prin stenoza spinală cauzată de osteofite, osificări ale ligamentului galben. Herniile de disc mari centrale sau paracentrale pot comprima și ele măduva spinării.	Accentuarea reflexelor; clonusul pumnului, genunchiului sau gleznei; reflexe plantare în extensie (semn Babinski pozitiv); și tulburări de mers. De asemenea poate fi prezent *semnul Lhermitte*: flexia gâtului determină o senzație de curent electric iradiată descendent pe coloana vertebrală. Confirmarea mielopatiei cervicale impune imobilizarea gâtului și evaluare neurochirurgicală.

Tipuri de durere intra- şi peri-articulară

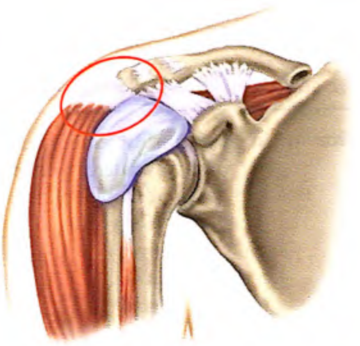
Afecţiune	Proces	Localizări frecvente	Modalitate de extindere	Debut	Evoluţie şi durată
Artrita reumatoidă [30-32,55]	Inflamaţie cronică a *membranelor sinoviale* cu eroziuni secundare ale cartilajului şi osului adiacent şi lezarea ligamentelor şi tendoanelor	Mâini (articulaţii interfalangiene proximale şi metacarpofalangiene), picioare (articulaţii metatarsofalangiene), pumni, genunchi, coate, glezne	Simetrică aditivă: progresează la alte articulaţii şi persistă la cele afectate iniţial	De obicei insidios	Deseori cronică, cu remisiuni şi exacerbări
Osteoartrita *(boală articulară degenerativă)*[41]	Degenerescenţa şi distrugerea progresivă a *cartilajului* articular, lezarea osului subiacent şi formarea unui ţesut osos nou la marginea cartilajului	Genunchi, şolduri, mâini (distal, uneori articulaţiile interfalangiene proximale), coloana cervicală şi lombară şi regiunea carpiană (prima articulaţie carpometacarpiană); dar şi articulaţii care au suferit traumatisme sau afecţiuni anterioare	Aditivă; totuşi, poate fi afectată o singură articulaţie	De obicei insidios	Progresie lentă, cu exacerbări temporare după perioade de uzură mare
Artrita gutoasă [10]					
Guta acută	O reacţie inflamatorie la microcristalele de urat de sodiu	Baza halucelui (prima articulaţie metatarsofalangiană), bolta piciorului, glezne, genunchi şi coate	Primele atacuri sunt limitate de regulă la o articulaţie	Brusc, deseori noaptea, după un traumatism, o intervenţie chirurgicală, post alimentar, mese copioase sau abuz de alcool	Atacuri izolate cu durată între câteva zile şi 2 săptămâni; pot deveni mai frecvente şi mai severe, cu simptome persistente.
Guta tofacee cronică	Acumulări locale multiple de urat de sodiu în articulaţii şi alte ţesuturi (*tofi*), însoţite sau nu de inflamaţie	Picioare, glezne, regiunea carpiană, degete şi coate	Aditivă; nu la fel de simetrică ca în artrita reumatoidă	Cronicizare treptată după atacuri repetate	Simptome cronice cu exacerbări acute
Polimialgia reumatică	Afecţiune cu etiologie neclară la persoane cu vârsta >50 ani, mai ales femei; se poate asocia cu arterita cu celule gigante	Muşchii centurii pelvine şi centurii scapulare; afectare simetrică		Insidios sau brusc, poate apărea chiar şi peste noapte	Cronică, dar în cele din urmă auto-limitată
Fibromialgia[56-58]	Durere osteomusculară larg răspândită şi puncte dureroase. Poate însoţi alte boli. Mecanism neclar.	„Peste tot", dar mai ales la nivelul gâtului, umerilor, mâinilor, regiunii toraco-dorsale şi genunchilor	Se transformă imprevizibil sau se agravează ca răspuns la imobilizare, utilizare excesivă a articulaţiei, sau temperaturi scăzute	Variabil	Cronică, cu exarecbări şi remisiuni

Caracterul vag al acestor trăsături reprezintă un indiciu al fibromialgiei.

Simptome asociate

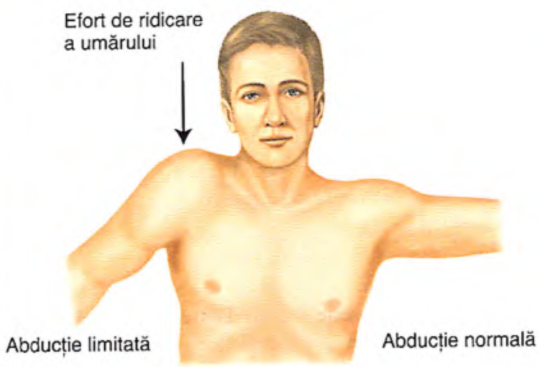
Tumefacţie	*Eritem, căldură şi durere locală*	*Redoare articulară*	*Limitarea mişcărilor*	*Simptome generalizate*
Frecvent edem al ţesutului sinovial sau al tecilor tendinoase; noduli subcutanaţi	Durere, deseori căldură locală, dar rareori eritem	Importantă, de obicei durează în jur de o oră dimineaţa, şi după perioade de inactivitate	Prezentă frecvent	Slăbiciunea, astenia, scăderea ponderală şi subfebrilitatea sunt frecvente.
Pot fi prezente mici revărsate articulare, mai ales la nivelul genunchilor; de asemenea, hipertrofii osoase	Posibil durere, rareori căldură locală şi eritem	Frecventă dar de durată scurtă (de obicei 5-10 minute), dimineaţa şi după inactivitate	Prezentă frecvent	De obicei sunt absente
Prezentă, în interiorul articulaţiei afectate şi în jurul acesteia	Durere accentuată, căldură locală şi eritem	Nu este evidentă	Mişcarea este limitată în principal de durere	Poate fi prezentă febra
Prezentă sub forma tofilor în articulaţii, burse şi ţesutul subcutanat	Durerea, căldura locală şi eritemul pot fi prezente în timpul exacerbărilor	Prezentă	Prezentă	Posibil febră; pacienţii pot prezenta şi simptome de insuficienţă renală sau litiază renală.
Absentă	Dureri musculare, dar fără eritem sau căldură musculară locală	Importantă, mai ales dimineaţa	De obicei absentă	Stare de rău, depresie, posibil anorexie, scădere ponderală şi febră, dar fără deficit motor propriu-zis
Absentă	„Puncte declanşatoare" multiple, specifice şi simetrice, deseori nerecunoscute până în momentul examinării	Prezentă, mai ales dimineaţa	Absentă, deşi redoarea este mai importantă la extremităţile care pot fi mobilizate	Tulburări de somn, de obicei asociate cu oboseală matinală

Umărul dureros [33,45,59]



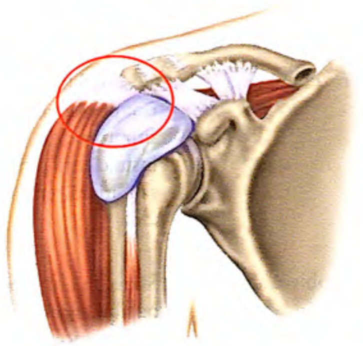
Tendinita centurii rotatorii a umărului

Mişcările repetate ale umărului, precum aruncarea unui obiect sau înotul, pot provoca edem şi hemoragie, urmate de inflamaţie care afectează cel mai frecvent tendonul muşchiului supraspinos. Poate rezulta o durere acută, cronică sau recurentă, deseori agravată de activitate. Pacienţii raportează pusee de durere acută şi supărătoare, dar şi slăbiciune musculară la ridicarea braţului deasupra capului. Dacă este afectat muşchiul supraspinos, durerea este maximă imediat inferior de vârful acromionului. De regulă, pacienţii au constituţie atletică şi o viaţă activă.



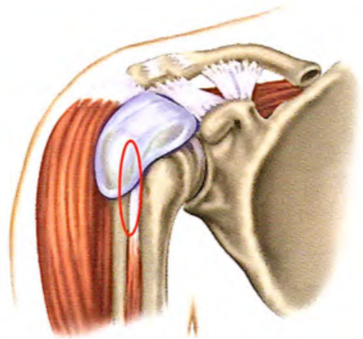
Rupturile centurii rotatorii a umărului

Când braţul este ridicat în flexie anterioară, centura rotatorie încalecă suprafaţa inferioară a acromionului şi comprimă ligamentul coraco-acromial. Leziunile provocate de exemplu de o cădere sau lovituri repetate pot slăbi centura rotatorie, provocând o ruptură parţială sau completă, de obicei după vârsta de 40 de ani. Poate exista deficit motor, atrofia muşchilor supraspinos şi infraspinos, sau durere. În cazul unei rupturi complete a tendonului supraspinos (ilustrată), abducţia activă şi flexia anterioară la nivelul articulaţiei gleno-humerale sunt sever afectate, ceea ce produce o ridicare caracteristică a umărului şi un test pozitiv „al căderii braţului" (vezi pag. 599).



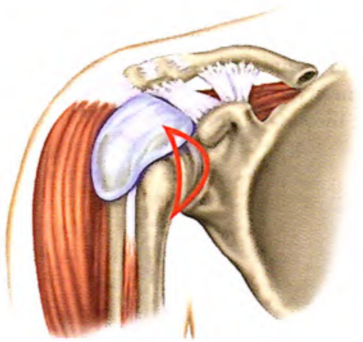
Tendinita calcifiantă

Tendinita calcifiantă este un proces degenerativ care se desfăşoară la nivelul tendoanelor şi se asociază cu depunerea sărurilor de calciu. De obicei afectează tendonul muşchiului supraspinos. Pot apărea atacuri dureroase invalidante acute ale umărului, de obicei la pacienţi cu vârsta >30 de ani, mai frecvent la femei. Braţul este ţinut aproape de corp şi toate mişcările sunt mult limitate de durere. Durerea este maximă sub vârful acromionului. Bursa subacromială, care se situează deasupra tendonului supraspinos, poate fi inflamată. Se poate instala şi durerea cronică, mai puţin severă.



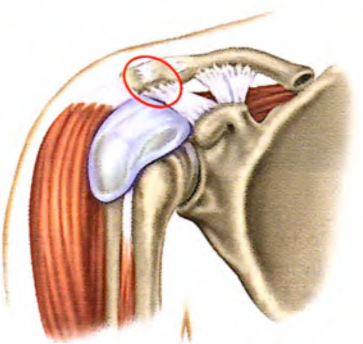
Tendinita bicipitală

Inflamaţia capului lung al tendonului muşchiului biceps şi a tecii tendinoase provoacă o durere anterioară la nivelul umărului, care seamănă şi deseori coexistă cu tendinita centurii rotatorii. Ambele afecţiuni pot fi cauzate de leziuni compresive. Durerea este maximă în şanţul bicipital. Executaţi rotaţia externă şi abducţia braţului pentru a diferenţia această localizare de durerea subacromială din tendinita muşchiului supraspinos. Cu braţul pacientului pe lângă corp, cotul flectat la 90°, rugaţi pacientul să efectueze supinaţia antebraţului în timp ce vă opuneţi acestei mişcări. Accentuarea durerii din şanţul bicipital confirmă prezenţa acestei afecţiuni.



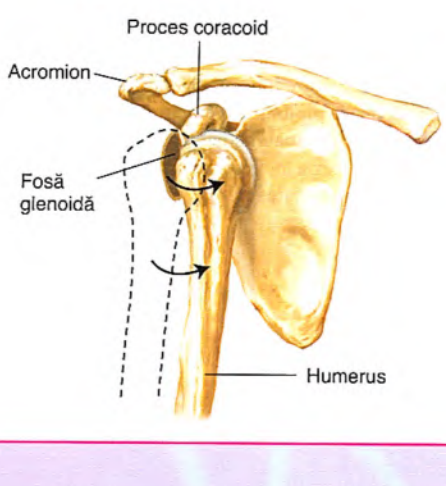
Capsulita adezivă (umărul "îngheţat")

Capsulita adezivă se referă la fibroza articulaţiei gleno-humerale, manifestată prin durere surdă, difuză la nivelul umărului şi prin restrângerea progresivă a amplitudinii mişcărilor active şi pasive, dar de obicei fără durere localizată. Această afecţiune este de regulă unilaterală şi apare la persoane cu vârste între 50 şi 70 de ani. Deseori există în antecedente o disfuncţie dureroasă a umărului sau o altă afecţiune (de pildă infarct de miocard) care a limitat mişcările umărului. Evoluţia este cronică, pe parcursul mai multor luni sau ani. Afecţiunea se poate remite spontan, cel puţin parţial.



Artrita acromio-claviculară

Artrita acromio-claviculară este rară şi de obicei se produce în urma unui traumatism direct la nivelul centurii scapulare care a generat modificări degenerative. Durerea este localizată în articulaţia acromio-claviculară. Mişcarea articulaţiei gleno-humerale nu este dureroasă, dar mişcările scapulei, de pildă în timpul ridicării din umeri, sunt însoţite de durere.



Luxaţia anterioară a humerusului[33,34,59]

Instabilitatea umărului generată de luxaţia anterioară a umărului apare de regulă în urma unei căderi sau a unei mişcări forţate de aruncare, şi în timp devine recurentă. Umărul pare "să alunece din articulaţie" când braţul efectuează mişcări de abducţie şi rotaţie externă; plasarea de către examinator a braţului în această poziţie produce un *semn pozitiv de aprehensiune* din partea pacientului. Orice mişcare a umărului poate provoca durere şi pacienţii îşi menţin braţul în poziţie neutră. Faţa laterală a umărului, rotunjită în mod normal, este aplatizată. Luxaţiile pot fi şi inferioare, posterioare (relativ rare) şi multidirecţionale.

PLANȘA 16-5

Cotul tumefiat sau dureros



Bursita olecraniană

Tumefacția sau inflamația bursei olecraniene poate apărea în urma unui traumatism sau se poate asocia cu artrita reumatoidă sau cu artrita gutoasă. Tumefacția este superficială și se localizează în dreptul olecranului.



Artrita cotului

Inflamația sinovială sau prezența lichidului sunt evaluate cel mai bine în șanțurile dintre olecran și epicondili, de fiecare parte. Palpați o tumefacție împăstată, moale sau fluctuantă și stabiliți dacă este însoțită de durere.



Nodulii reumatoizi

La pacienții cu artrită reumatoidă sau cu reumatism articular acut se pot dezvolta noduli subcutanați în punctele de presiune de-a lungul suprafeței de extensie a ulnei. Acești noduli sunt fermi și nedureroși și nu sunt fixați de tegumentul supraiacent. Pot fi ficși sau mobili față de periostul subiacent. Pot apărea în regiunea bursei olecraniene, dar deseori se dezvoltă distal.



Epicondilita

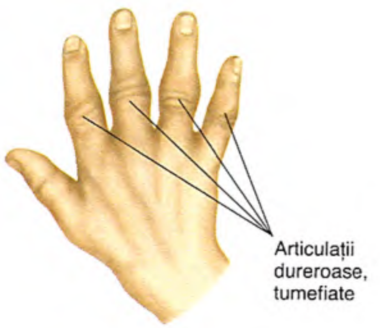
Epicondilita laterală ("cotul jucătorului de tenis") apare în urma extensiilor repetate ale încheieturii mâinii și mișcărilor de pronație-supinație ale antebrațului. Durerea apare la 1 cm distal de epicondilul lateral și posibil în mușchii extensori aflați în vecinătatea acestuia. Durerea crește în intensitate dacă pacientul încearcă să efectueze extensia încheieturii mâinii împotriva unei rezistențe.

Epicondilita medială ("cotul aruncătorului de baseball" sau al "jucătorului de golf") apare în urma flexiilor repetate ale încheieturii mâinii, de exemplu în timpul aruncărilor mingiei. Durerea are intensitate maximă imediat lateral și distal de epicondilul medial. Flexia încheieturii mâinii împotriva unei rezistențe crește intensitatea durerii.

PLANȘA 16-6

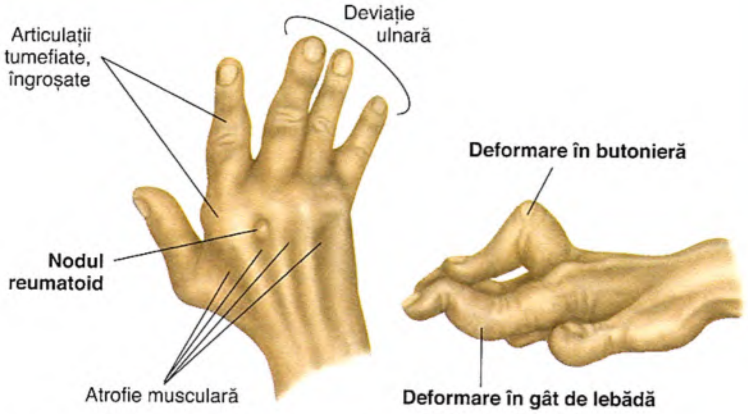
Artrita mâinii

Artrita reumatoidă acută



Articulaţii dureroase, rigide în *artrita reumatoidă*, de obicei cu afectare *simetrică* în ambele hemicorpuri. Cel mai frecvent afectate sunt articulaţiile interfalangiene proximale, metacarpo-falangiene şi ale carpului. Observaţi tumefacţia fusiformă a articulaţiilor interfalangiene proximale în faza acută a bolii.

Artrita reumatoidă cronică



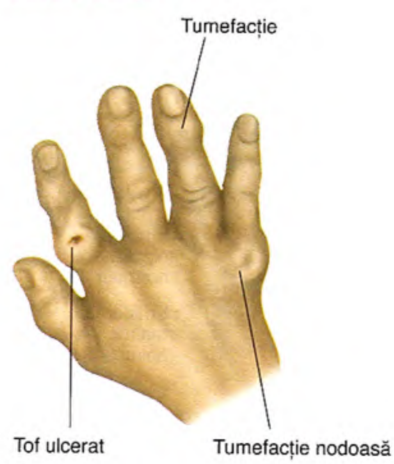
În boala cronică se observă tumefacţia şi îngroşarea articulaţiilor metacarpo-falangiene şi interfalangiene proximale. Amplitudinea mişcărilor este limitată şi degetele pot prezenta o deviaţie ulnară. Muşchii interosoşi se atrofiază. Degetele pot fi *deformate „în gât de lebădă"* (hiperextensia articulaţiilor interfalangiene proximale cu fixarea în flexie a articulaţiilor interfalangiene distale). Mai rară este *deformarea în butonieră* (flexia persistentă a articulaţiei interfalangiene proximale cu hiperextensia articulaţiei interfalangiene distale). Nodulii reumatoizi pot fi prezenţi atât în stadiile acute cât şi cronice ale bolii.

Osteoartrita (*afecţiune articulară degenerativă*)



Noduli Heberden pe feţele dorso-laterale ale articulaţiilor interfalangiene distale, formaţi prin depuneri osoase în osteoartrită. De obicei duri şi nedureroşi, afectează persoanele de vârstă medie sau vârstnicii; deseori asociaţi cu modificări artritice ale altor articulaţii. Pot apărea deformări în flexie şi devieri. *Nodulii Bouchard* de la nivelul articulaţiilor interfalangiene proximale sunt mai rari. Articulaţiile metacarpo-falangiene nu sunt afectate.

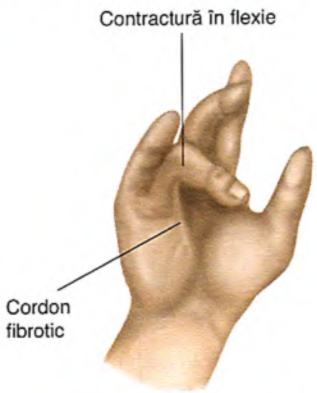
Guta tofacee cronică



Deformările din guta tofacee cronică cu evoluţie îndelungată pot imita artrita reumatoidă sau osteoartrita. Afectarea articulară nu este la fel de simetrică precum cea din artrita reumatoidă. Poate fi prezentă inflamaţia acută. Tumefacţiile nodoase periarticulare se pot ulcera şi elimină uraţi de culoare albă.

Tumefacții și deformări ale mâinilor

Contractura Dupuytren



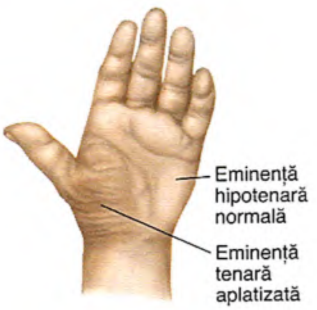
Primul semn al *contracturii Dupuytren* este un placard îngroşat la nivelul tendonului de flexie al inelarului şi uneori al degetului mic, în regiunea pliului palmar distal. Ulterior, tegumentul din această zonă se retractă şi se dezvoltă un cordon fibrotic îngroşat între palmă şi deget. Treptat se poate instala contractura progresivă în flexie a degetelor.

Deget în trăgaci



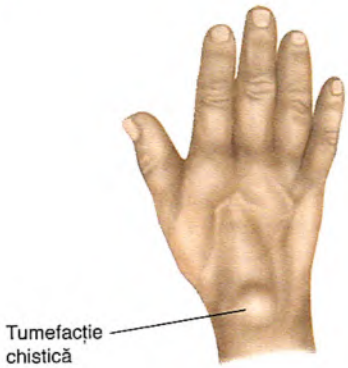
Factorul cauzator este un nodul nedureros într-un tendon de flexie de la nivelul palmei, aproape de capul unui metacarpian. Nodulul este prea mare pentru a putea pătrunde cu uşurinţă în teaca tendonului în timpul extensiei degetelor de la o poziţie în flexie. Cu un efort suplimentar sau cu ajutor, degetul efectuează extensia şi flexia cu o pocnitură palpabilă şi audibilă, produsă în momentul în care nodulul intră în teaca tendonului. Priviţi, ascultaţi şi palpaţi nodulul în timp ce pacientul efectuează flexia şi extensia degetelor.

Atrofia tenară



Atrofia tenară sugerează o *afectare a nervului median*, de exemplu *sindromul de tunel carpian* (vezi pag. 608). Atrofia hipotenară sugerează o *leziune a nervului ulnar*.

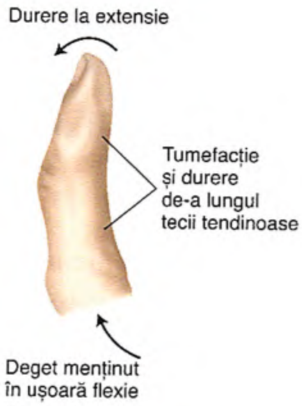
Ganglion



Ganglionii sunt tumefacţii chistice rotunjite, de obicei nedureroase, dispuse pe tecile tendinoase sau pe capsulele articulare, frecvent pe faţa dorsală a regiunii carpiene. Flexia în încheietura mâinii face ca ganglionul să devină mai proeminent; extensia are tendinţa de a-l şterge. Ganglionii pot avea şi alte localizări - mâini, pumni, glezne şi picioare.

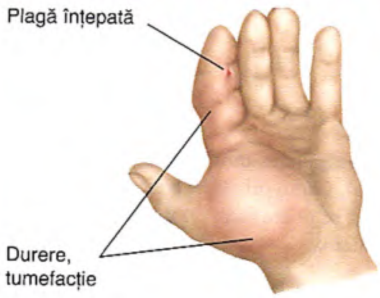
Infecțiile tecilor tendinoase, ale spațiului palmar și ale degetelor

Tenosinovita acută



Infecția tecilor tendinoase ale flexorilor, numită *tenosinovită acută*, poate fi urmarea unui traumatism local, chiar al unuia nesemnificativ. Spre deosebire de artrită, durerea și tumefacția nu apar la nivelul articulației ci pe traiectul tecii tendinoase, de la falanga distală până la nivelul articulației metacarpo-falangiene. Degetul este menținut în ușoară flexie; extensia degetului este foarte dureroasă.

Tenosinovita acută cu afectarea spațiului tenar



Dacă infecția progresează, se poate extinde de la teaca tendinoasă la spațiile fasciale adiacente ale palmei. În figură sunt reprezentate infecțiile indexului și ale spațiului tenar. Diagnosticul și tratamentul cât mai precoce sunt esențiale.

Panarițiu



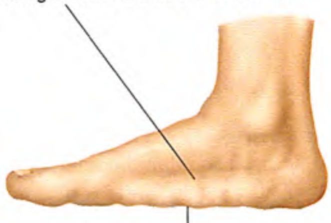
Lezarea vârfului degetului poate fi urmată de infecția spațiilor fasciale de la acest nivel. Durerea severă, sensibilitatea localizată, tumefacția și eritemul de culoare închisă sunt caracteristice. Diagnosticul și tratamentul cât mai precoce sunt esențiale.

Anomaliile piciorului



Artrita gutoasă acută

Articulația metatarso-falangiană a halucelui poate fi prima articulație afectată în *artrita gutoasă acută*. Se caracterizează printr-o tumefacție foarte dureroasă și sensibilă, caldă, cu eritem de culoare întunecată, care se extinde dincolo de marginile articulației. Poate fi ușor confundată cu celulita. Guta acută poate afecta și fața dorsală a piciorului.



Platfus (piciorul plat)

Semnele de *platfus* pot fi vizibile doar când pacientul se află în ortostatism, sau pot deveni permanente. Arcul longitudinal al piciorului se aplatizează, astfel încât bolta plantară se apropie de sol sau îl atinge. Concavitatea normală de pe marginea medială a piciorului devine convexă. Durerea poate fi prezentă de la maleola medială în jos pe suprafața medio-plantară a piciorului. Anterior de maleole pot exista semne de tumefacție. Inspectați încălțămintea pacientului căutând semnele unei uzuri excesive pe laturile interne ale tălpilor și tocurilor.



Halucele valg (hallus valgus)

În *hallux valgus*, halucele este dispus în abducție anormală față de primul metatarsian, care este și el deviat medial. Capul primului metatarsian se poate hipertrofia pe fața sa medială și se poate forma o bursă la locul de presiune. Această bursă se poate inflama.



Neuromul Morton

Durere pe suprafața plantară, în dreptul capetelor metatarsienelor 3 și 4, probabil din cauza încarcerării nervilor plantari medial și lateral. Simptomele includ hiperestezie, amorțeală, durere și senzație de arsură la nivelul capetelor metatarsienelor și al degetelor 3 și 4.

PLANȘA 16-10

Anomaliile degetelor piciorului și ale plantelor







Unghia încarnată

Marginea ascuțită a unei unghii poate pătrunde în pliul latero-unghial și îl poate leza, determinând apariția inflamației și a infecției. Pliul unghial este dureros, eritematos, proeminent, uneori cu țesut de granulație și secreție purulentă. Cel mai frecvent este afectat halucele.

Degetul în ciocan

Fiind întâlnit cel mai frecvent la degetul 2 al piciorului, degetul în ciocan este caracterizat prin hiperextensie în articulația metatarso-falangiană și flexie în articulația interfalangiană proximală. Deseori se dezvoltă un clavus deasupra punctului de presiune de la nivelul articulației interfalangiene proximale.

Clavusul

Clavusul (popular, bătătură) reprezintă o îngroșare dureroasă, conică a tegumentului care apare în urma aplicării repetate a unei presiuni pe un tegument cu grosime normală. Vârful conului este îndreptat în interior și este cauza durerii. Clavusurile apar de regulă deasupra proeminențelor osoase, de exemplu la nivelul degetului 5 al piciorului. Când sunt localizate în regiuni umede, precum ariile de presiune dintre degetele 4 și 5, sunt numite clavusuri moi.







Calusul

La fel ca și clavusul, calusul este o regiune cu tegument foarte îngroșat care apare în zone supuse unor presiuni repetate. Spre deosebire de clavus, calusul afectează tegumentul care are în mod obișnuit o grosime mare, de exemplu fața plantară a piciorului, și de obicei este nedureros. Dacă devine dureros, trebuie suspectată o verucă plantară.

Veruca plantară

Veruca plantară (popular, neg) este o *verucă vulgară (verruca vulgaris)*, localizată pe tegumentul îngroșat al suprafeței plantare. Poate semăna cu un calus sau poate fi chiar acoperit de unul. Căutați mici puncte întunecate caracteristice care dau verucii un aspect pătat. Striurile cutanate obișnuite se opresc la marginea verucii.

Ulcerul neuropatic

Când sensibilitatea dureroasă este diminuată sau abolită, ca în neuropatia diabetică, pot apărea ulcere neuropatice în dreptul punctelor de presiune de la nivelul picioarelor. Deși deseori sunt profunde, infectate și cu evoluție lentă, sunt nedureroase. Formarea unui calus în apropierea ulcerului poate contribui la stabilirea diagnosticului. La fel ca și ulcerul, calusul se produce din cauza presiunii cronice.

CAPITOLUL

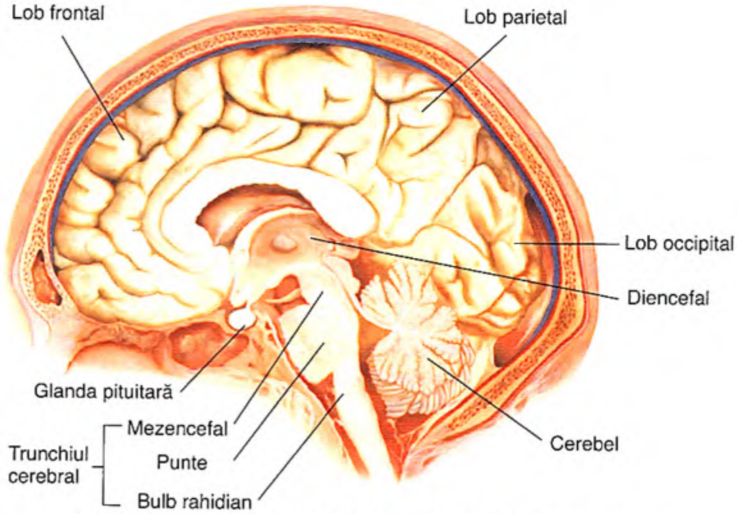
Sistemul nervos

17

Evaluarea sistemului nervos necesită tehnici complexe de examinare şi raţionament clinic. Aţi învăţat deja principiile şi tehnicile evaluării statusului mental, o componentă importantă a examinării sistemului nervos. După cum aţi observat în Capitolul 5 (Comportamentul şi starea de sănătate mentală), statusul mental al pacientului oferă indicii despre tulburările de memorie, delir, sau alte afecţiuni neurologice. Există trei întrebări principale care stau la baza explorării acestei arii clinice – sistemul nervos:

- Statusul mental este integru?
- Constatările efectuate la examinarea hemicorpului drept şi stâng sunt simetrice?
- Dacă rezultatele examinării sunt asimetrice sau anormale, atunci leziunea se găseşte la nivelul *sistemului nervos central*, reprezentat de creier şi măduva spinării, sau la nivelul *sistemului nervos periferic*, alcătuit din cele 12 perechi de nervi cranieni şi nervii spinali şi periferici?

În acest capitol, secţiunea *Anatomie şi Fiziologie* descrie pe scurt cele mai importante structuri şi funcţii ale creierului (ilustrat mai jos), ale măduvei spinării, ale nervilor cranieni şi periferici, şi reflexele, cu schematizarea principalelor căi motorii şi senzitive. După secţiunile *Anamneză* şi *Profilaxie şi*



JUMĂTATEA DREAPTĂ A CREIERULUI, VEDERE MEDIALĂ

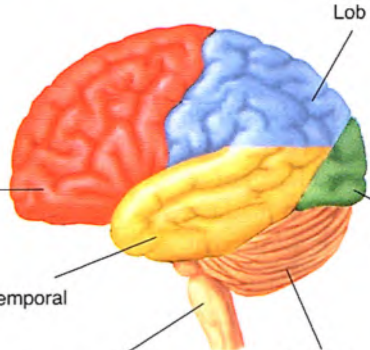
Consiliere, în secţiunea *Tehnici de Examinare* este prezentată detaliat examinarea nervilor cranieni, a sistemelor motor şi senzitiv, şi a reflexelor. După cum veţi observa în secţiunea *Înregistrarea Datelor*, consemnarea rezultatelor examinării începe cu statusul mental.

ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

SISTEMUL NERVOS CENTRAL

Creierul

Creierul prezintă patru regiuni: emisferele cerebrale, diencefalul, trunchiul cerebral şi cerebelul. Emisferele cerebrale conţin cel mai mare volum de ţesut cerebral. După cum se observă mai jos, fiecare emisferă este divizată în mai mulţi lobi: frontal, parietal, temporal şi occipital.

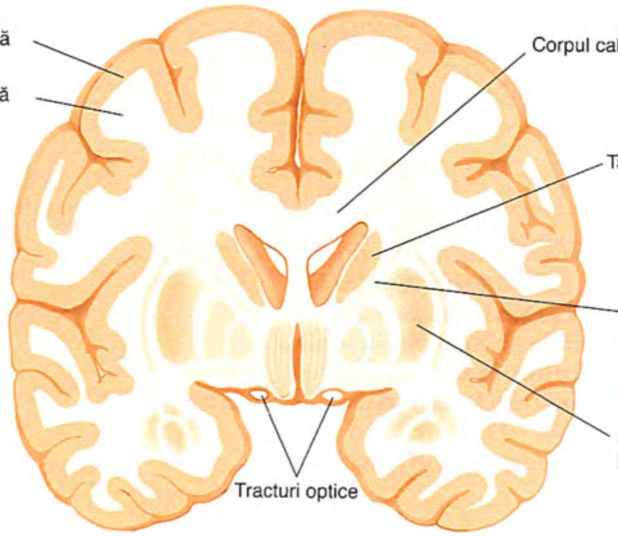


VEDERE LATERALĂ STÂNGĂ A CREIERULUI

Creierul reprezintă o reţea vastă de *neuroni* (celule nervoase) interconectaţi. Aceştia sunt formaţi din corpuri celulare şi *axonii* corespunzători – fibre lungi, unice, care conduc impulsurile în alte regiuni ale sistemului nervos.

Ţesutul cerebral poate fi cenuşiu sau alb. *Substanţa cenuşie* este formată din agregate de corpi neuronali. Ea mărgineşte suprafeţele emisferelor cerebrale, formând cortexul cerebral. *Substanţa albă* constă din axoni ai neuronilor, înveliţi în mielină. Tecile de mielină, care le conferă culoarea albă, permit conducerea mai rapidă a impulsurilor nervoase.

La nivel cerebral profund se găsesc conglomerate de substanţă cenuşie. Acestea includ *ganglionii bazali*, care modulează mişcarea, dar şi talamusul şi hipotalamusul, structuri diencefalice. *Talamusul* procesează impulsurile senzitive şi le transmite cortexului cerebral. *Hipotalamusul* menţine homeostazia şi reglează temperatura corporală, frecvenţa cardiacă şi presiunea arterială. Hipotalamusul influenţează sistemul endocrin şi guvernează comportamentul emoţional, cum ar fi furia şi libido-ul. Hormonii secretaţi în hipotalamus acţionează direct asupra glandei pituitare.



SECȚIUNE FRONTALĂ A CREIERULUI

Capsula internă este o structură de substanţă albă la nivelul căreia converg fibre mielinizate din toate regiunile cortexului cerebral, având traiect descendent către trunchiul cerebral. *Trunchiul cerebral*, care face legătura între porţiunea superioară a creierului şi măduva spinării, are trei secţiuni: mezencefalul, puntea şi bulbul rahidian.

Starea de conştienţă depinde de interacţiunea dintre emisferele cerebrale indemne şi o structură importantă din diencefal şi trunchiul cerebral superior, numită *sistemul reticulat activator*.

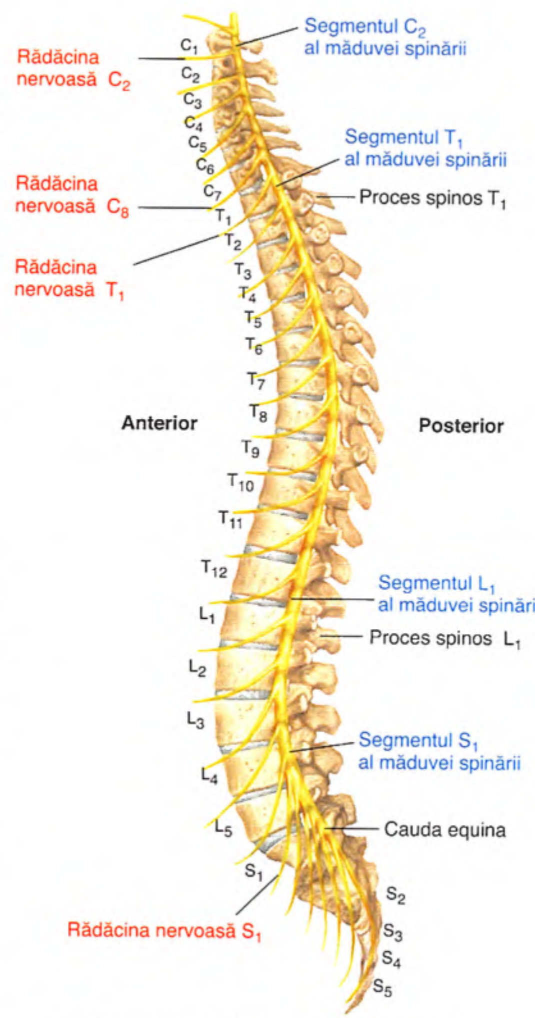
Cerebelul, situat la baza creierului, coordonează toate mişcările şi permite menţinerea rectitudinii corpului.

Măduva spinării

Sub nivelul bulbului rahidian, sistemul nervos central se continuă cu *măduva spinării* elongată, aflată în canalul vertebral osos şi care se termină la nivelul primei sau a celei de-a doua vertebre lombare. Măduva spinării conţine staţii segmentare de releu pentru legătura cu periferia, cu rolul de a conduce fluxul informaţional către şi dinspre creier. Căile nervoase senzitive şi motorii transmit semnale nervoase care pătrund şi ies din măduva spinării prin rădăcinile anterioare şi posterioare ale nervilor spinali şi periferici.

Măduva spinării este divizată în 5 segmente: cervical, de la C1 la C8; toracic de la T1 la T12; lombar de la L1 la L5; sacral de la S1 la S5; şi coccigian.

Observaţi că măduva spinării nu se întinde de-a lungul întregului canal vertebral. Rădăcinile nervoase lombare şi sacrale parcurg cel mai lung traiect intraspinal şi se dispun în evantai la nivelul L1-L2, ceea ce a generat termenul de *cauda equina* (coada de cal). Pentru



MĂDUVA SPINĂRII, VEDERE LATERALĂ

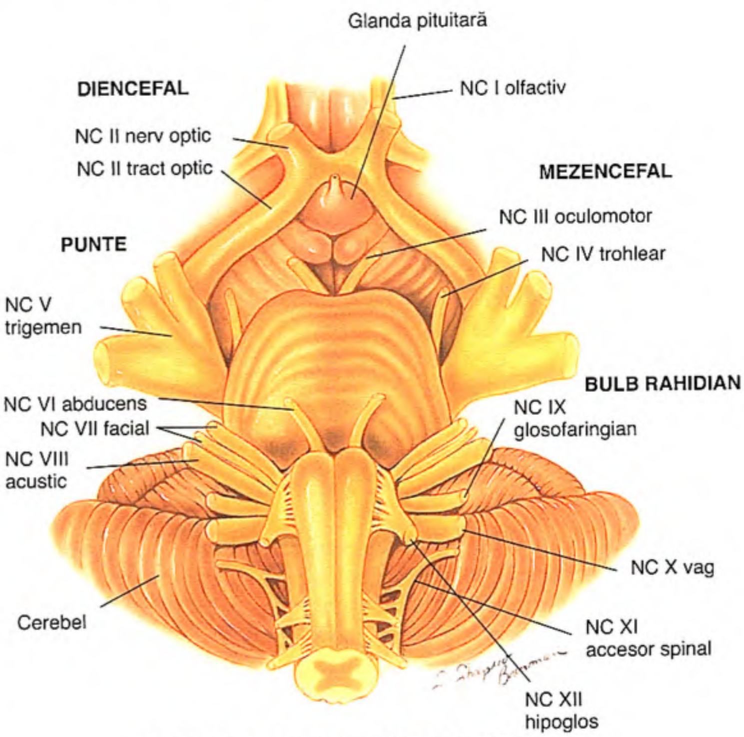
a evita lezarea măduvei spinării, majoritatea puncţiilor lombare se realizează la nivelul spaţiilor intervertebrale L3-4 sau L4-5.[1,2]

SISTEMUL NERVOS PERIFERIC

Nervii cranieni

Douăsprezece perechi de nervi speciali denumiţi *nervi cranieni* ies din interiorul cutiei craniene sau a *craniului*. Nervii cranieni de la III la XII îşi au originea în diencefal şi trunchiul cerebral, conform figurii de mai jos. Nervii cranieni I şi II sunt de fapt tracturi de fibre nervoase care aparţin creierului. Unii nervi cranieni se limitează la exercitarea unor funcţii motorii sau senzitive, în timp ce alţii au rol specializat şi asigură funcţia olfactivă, vizuală sau auditivă (I, II, VIII).

Cele mai relevante funcţii ale nervilor cranieni (NC) în cadrul examenului fizic sunt expuse pe scurt în pagina următoare.



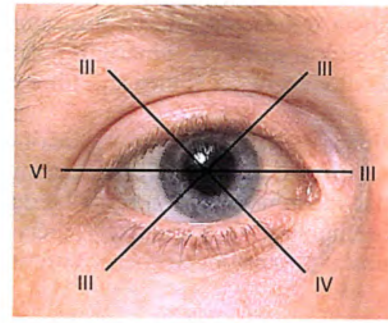
SUPRAFAŢA INFERIOARĂ A CREIERULUI

Nervii periferici

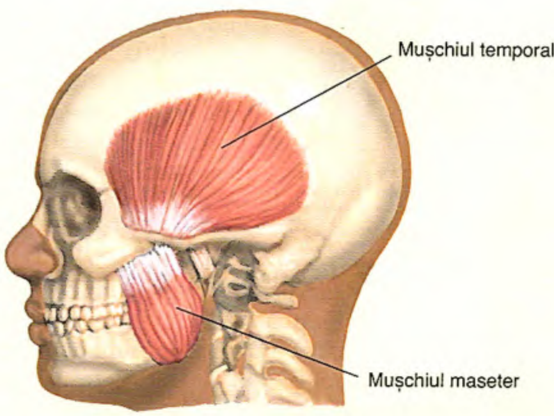
Pe lângă nervii cranieni, sistemul nervos periferic include nervi spinali şi nervi periferici care transmit impulsuri dinspre şi către măduva spinării. Treizeci şi una de perechi de nervi sunt ataşate la măduva spinării: 8 cervicale, 12 toracice, 5 lombare, 5 sacrale, şi 1 coccigiană. Fiecare nerv are o rădăcină anterioară (ventrală) care conţine fibre motorii şi o rădăcină posterioară (dorsală) care conţine fibre senzitive. Rădăcinile anterioară şi posterioară se unesc pentru a forma un scurt *nerv spinal*, cu lungime mai mică de 5 mm. Fibrele nervilor

• Nervii cranieni

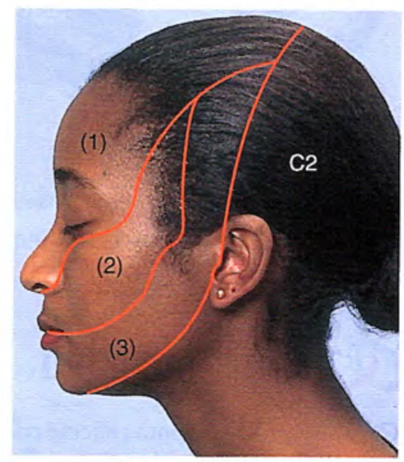
Nr.	Denumire	Funcţie
I	**Olfactiv**	Funcţia olfactivă
II	**Optic**	Funcţia vizuală
III	**Oculomotor**	Constricţie pupilară, deschiderea ochiului (ridicarea pleoapei) şi majoritatea mişcărilor extraoculare
IV	**Trohlear**	Rotaţie internă şi în jos a globului ocular
V	**Trigemen**	*Motor* - muşchii temporal şi maseter (încleştarea mandibulei), pterigoidieni laterali (mişcări laterale ale mandibulei) *Senzitiv* – facial. Nervul are trei ramuri: (1) oftalmică, (2) maxilară şi (3) mandibulară.
VI	**Abducens**	Deviere laterală a ochiului



OCHIUL DREPT (NC III, IV, VI)

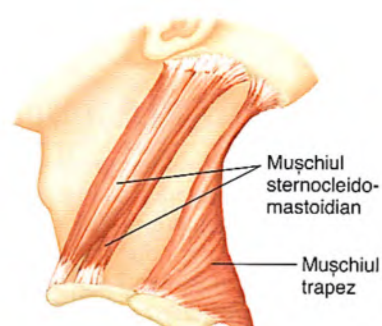


NC V - MOTOR



NC V - SENZITIV

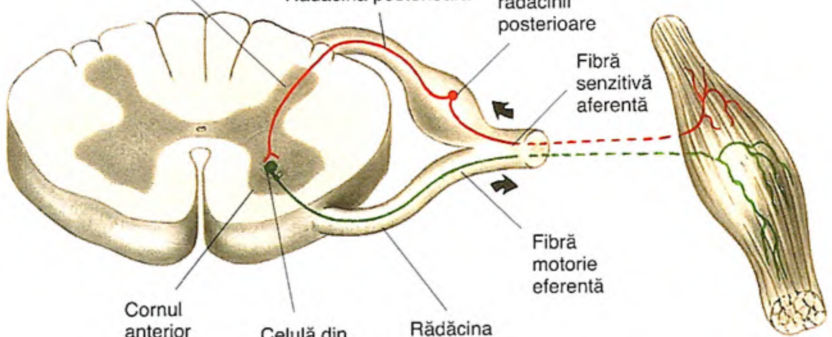
Nr.	Denumire	Funcţie
VII	**Facial**	*Motor* – mişcări faciale, inclusiv cele de expresie facială, închiderea ochiului şi închiderea gurii *Senzitiv* – gustul sărat, dulce, acru şi amar al substanţelor la nivelul celor două treimi anterioare ale limbii
VIII	**Acustic**	Auzul (ramura cohleară) şi echilibrul (ramura vestibulară)
IX	**Glosofaringian**	*Motor* – faringe *Senzitiv* – porţiunile posterioare ale timpanului şi canalului auricular, faringele şi porţiunea posterioară a limbii, inclusiv gustul (sărat, dulce, acru, amar)
X	**Vag**	*Motor* – palat, faringe şi laringe *Senzitiv* – faringe şi laringe
XI	**Accesor spinal**	*Motor* – muşchiul sternocleidomastoidian şi porţiunea superioară a muşchiului trapez
XII	**Hipoglos**	*Motor* – limba



NC XI - MOTOR

spinali se întrepătrund cu fibre similare de alte niveluri şi formează plexuri la exteriorul măduvei spinării, din care *iau naştere nervii periferici.* Majoritatea nervilor periferici conţin atât fibre *senzitive* (aferente) cât şi *motorii* (eferente).

Similar creierului, măduva spinării conţine atât substanţă albă cât şi substanţă cenuşie. Nucleii de substanţă cenuşie, care sunt agregate de corpi neuronali, sunt înconjuraţi de tracturi albe de fibre nervoase care conectează creierul cu sistemul nervos periferic. Observaţi aspectul "în fluture" al nucleilor de substanţă cenuşie, cu coarne anterioare şi posterioare.



MĂDUVA SPINĂRII, SECŢIUNE TRANSVERSALĂ

CĂILE MOTORII

Căile motorii reprezintă traiecte complexe care se întind de la neuronii motori centrali, prin tracturi lungi de substanţă albă, la neuronii motori periferici cu care fac sinapsă, şi de acolo la periferie, prin structuri nervoase periferice. Corpii neuronali sau *neuronii motori centrali* se găsesc în banda motorie a cortexului cerebral şi în mai mulţi nuclei ai trunchiului cerebral; axonii lor fac sinapsă cu nucleii motori din trunchiul cerebral (în cazul nervilor cranieni) şi din măduva spinării (în cazul nervilor periferici). *Neuronii motori periferici* îşi au corpii neuronali în măduva spinării, fiind numiţi celule ale cornului anterior; axonii lor transmit impulsuri prin rădăcinile anterioare şi nervii spinali către nervii periferici, terminându-se la joncţiunea neuromusculară.

PRINCIPALELE CĂI MOTORII

- ***Tractul corticospinal (piramidal).*** Tracturile corticospinale mediază mişcarea voluntară şi realizează integrarea mişcărilor fine, complicate sau delicate prin stimularea selectivă a unor acţiuni musculare şi inhibarea altora. De asemenea, conduc impulsuri care inhibă *tonusul muscular,* adică starea de uşoară tensiune menţinută de muşchiul normal chiar şi în perioadele de relaxare. Tracturile corticospinale îşi au originea în cortexul cerebral motor.

(se continuă)

PRINCIPALELE CĂI MOTORII (CONTINUARE)

Fibrele motorii coboară la nivelul inferior al bulbului rahidian, unde formează o structură anatomică asemănătoare unei piramide. În acest loc, majoritatea fibrelor se încrucişează, trec de partea opusă sau *controlaterală* a bulbului, continuă traiectul descendent şi fac sinapsă cu celulele cornului anterior sau cu interneuroni. Tracturile care fac sinapsă în trunchiul cerebral cu nucleii motori ai nervilor cranieni sunt denumite *corticobulare*.

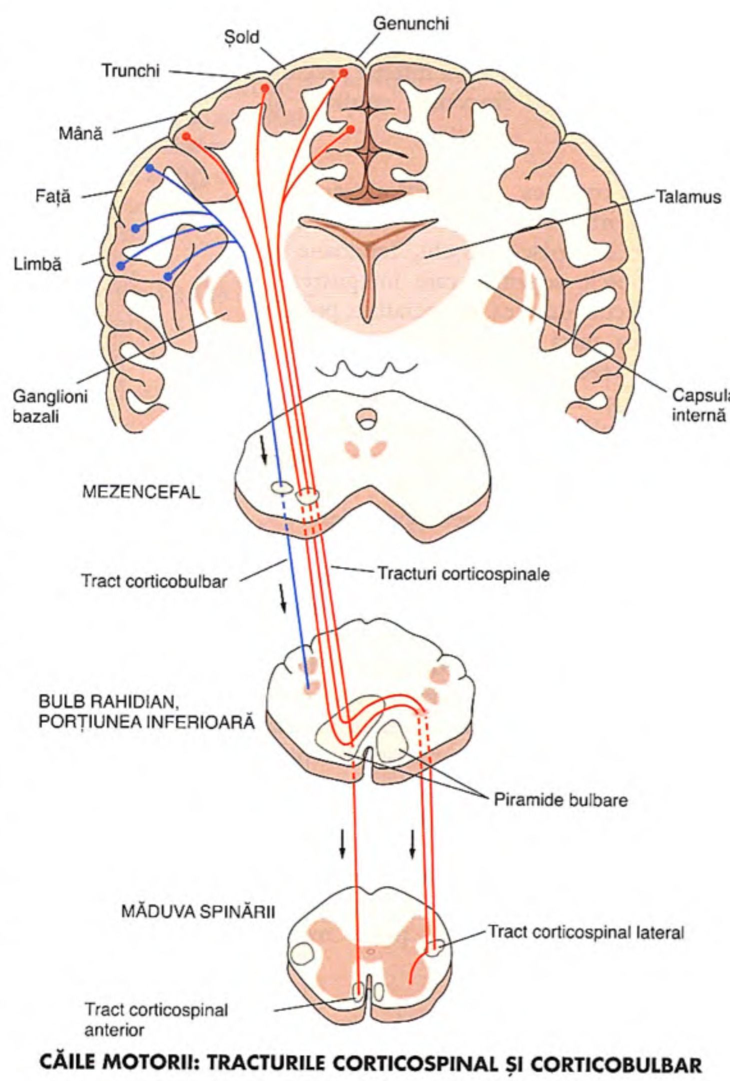
- ***Sistemul ganglionilor bazali.*** Acest sistem extrem de complex include căi motorii între cortexul cerebral, ganglionii bazali, trunchiul cerebral şi măduva spinării. Rolul său este de a facilita menţinerea tonusului muscular şi controlul mişcărilor corpului, în special mişcările grosiere automate, precum mersul.
- ***Sistemul cerebelos.*** Cerebelul primeşte atât informaţii senzitive cât şi motorii şi coordonează activitatea motorie, menţine echilibrul şi participă la controlul postural.

Trei tipuri de căi motorii au efect asupra celulelor cornului anterior: tractul corticospinal, sistemul ganglionilor bazali şi sistemul cerebelos. Căile adiţionale, cu originea în trunchiul cerebral, mediază tonusul flexor şi extensor în cadrul mişcărilor membrelor şi menţinerii posturii, aspect evidenţiat în special la pacientul aflat în comă (vezi Planşa 17-13, pag. 733).

Toate aceste căi motorii superioare afectează mişcarea numai prin intermediul neuronilor motori periferici – denumiţi uneori "calea finală comună". Orice mişcare, fie că este iniţiată voluntar la nivel cortical, sau "automat" în ganglionii bazali, ori reflex de la nivelul receptorilor senzitivi, trebuie în cele din urmă transpusă în acţiune prin intermediul celulelor cornului anterior. Lezarea oricăreia dintre aceste regiuni va afecta mişcarea sau activitatea reflexă.

Atunci când tractul corticospinal este lezat sau distrus, funcţiile acestuia sunt reduse sau abolite sub nivelul leziunii. *Leziunile neuronilor motori centrali produse deasupra încrucişării tracturilor lor din bulb determină deficit motor de partea opusă, sau controlateral. În leziunile produse sub această încrucişare, deficitul motor survine de aceeaşi parte a corpului cu leziunea, sau ipsilateral.* Membrul afectat va prezenta deficit motor (slăbiciune musculară) sau chiar paralizie, iar mişcările fine, complicate sau delicate sunt efectuate cu dificultate comparativ cu mişcările grosiere.

În leziunile de neuron motor central, tonusul muscular este crescut şi reflexele osteotendinoase



CĂILE MOTORII: TRACTURILE CORTICOSPINAL ŞI CORTICOBULBAR

sunt exagerate. Leziunile neuronului motor periferic determină deficit motor și paralizie ipsilateral, dar în acest caz tonusul muscular și reflexele sunt diminuate sau absente.

Afectarea sistemului ganglionilor bazali sau a sistemului cerebelos nu determină paralizie, dar poate fi invalidantă. Lezarea sistemului ganglionilor bazali determină modificarea tonusului muscular (cel mai adesea acesta este crescut), modificări posturale și ale mersului, încetinirea sau absența mișcărilor automate și spontane, cunoscută sub denumirea de *bradichinezie*, și diferite mișcări involuntare. Leziunile cerebeloase afectează coordonarea, mersul și echilibrul și scad tonusul muscular.

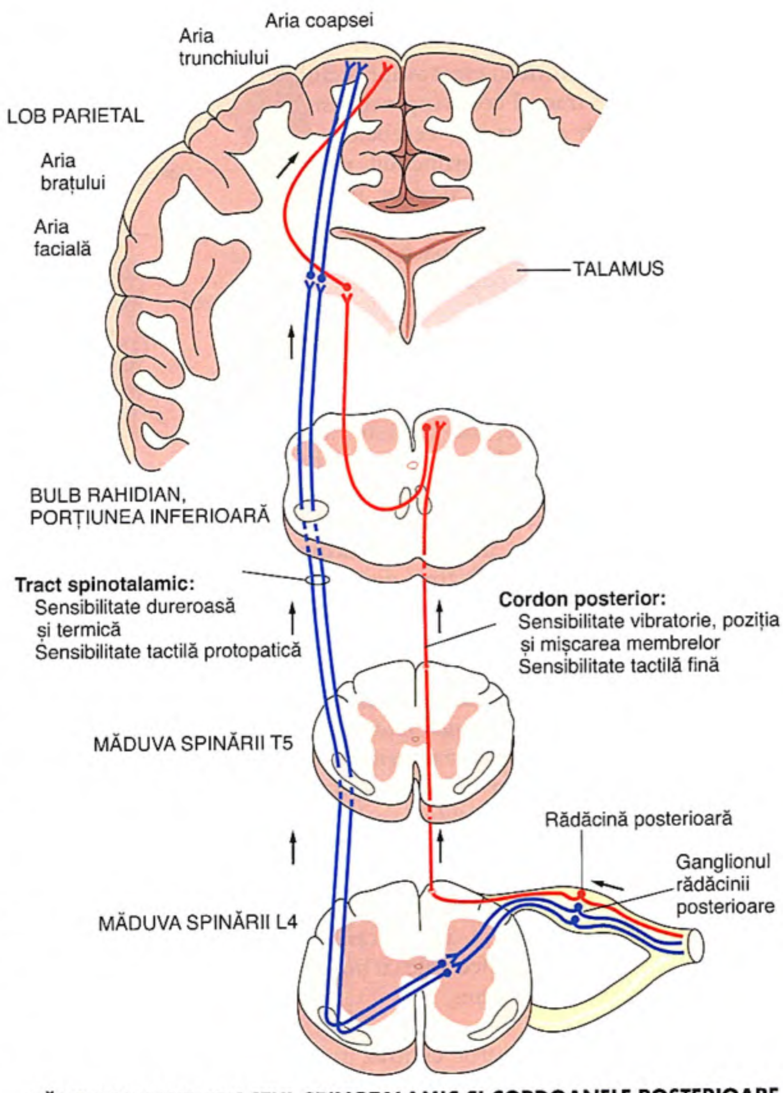
CĂILE SENZITIVE

Impulsurile senzitive nu participă numai la activitatea reflexă, după cum s-a descris anterior, ci generează și senzații conștiente, ajustează poziția corpului în spațiu și ajută la reglarea funcțiilor autonome interne precum presiunea arterială, frecvența cardiacă și respirația.

Un sistem complex de receptori senzitivi transmite impulsuri de la tegument, membrane mucoase, mușchi, tendoane și viscere. Fibrele senzitive care înregistrează senzații precum durerea, temperatura, poziția și atingerea intră în componența nervilor periferici și a rădăcinilor posterioare și pătrund în măduva spinării. Odată ajunse în măduva spinării, impulsurile senzitive sunt transmise la cortexul cerebral senzitiv prin intermediul uneia dintre cele două căi: tracturile spinotalamice sau cordoanele posterioare.

La distanță de unul sau două segmente spinale de la intrarea în măduva spinării, fibrele care conduc *sensibilitatea dureroasă* și *termică* trec în cornul medular posterior și fac sinapsă cu neuronii senzitivi secundari. Fibrele care conduc *sensibilitatea tactilă protopatică* (*grosieră*) – o senzație percepută ca atingere ușoară, dar fără o localizare precisă – trec de asemenea în cornul posterior și fac sinapsă cu neuronii secundari. Ulterior, axonii neuronilor secundari se încrucișează și au traiect ascendent către talamus prin *tractul spinotalamic*.

Fibrele care conduc *simțul poziției* și *sensibilitatea vibratorie* au traiect direct în



CĂILE SENZITIVE: TRACTUL SPINOTALAMIC ȘI CORDOANELE POSTERIOARE

cordoanele posterioare ale măduvei spinării și urcă spre bulb, împreună cu fibrele care transmit *sensibilitatea tactilă fină* (*epicritică*, cu localizare precisă și înalt discriminativă). Aceste fibre fac sinapsă cu neuronii secundari senzitivi la nivelul bulbului. Fibrele care se proiectează de la neuronii secundari se încrucișează în bulb și au traiect ascendent către talamus.

La nivel talamic este percepută calitatea generală a senzației (e.g. durere, rece, plăcut, neplăcut), dar nu se realizează discriminarea fină. Pentru percepția completă, un al treilea grup de neuroni senzitivi trimite impulsuri de la talamus la *cortexul cerebral senzitiv*. La acest nivel se produce localizarea stimulilor și discriminările cu grad mai înalt.

Leziunile produse la diferite niveluri ale căilor senzitive determină tulburări variate de sensibilitate. Tiparul deficitului senzitiv, împreună cu semnele motorii asociate, vă ajută să identificați unde ar putea fi leziunea cauzală. De exemplu, este posibil ca o leziune în cortexul senzitiv să nu afecteze percepția durerii, simțul poziției și tactil, dar poate afecta discriminarea fină. În acest caz persoana nu poate aprecia dimensiunea, forma sau textura unui obiect prin palparea acestuia și implicit nu-l poate identifica. Pierderea simțului poziției și al vibrației cu păstrarea altor sensibilități indică o afectare a cordoanelor posterioare, în timp ce abolirea tuturor senzațiilor de la talie în jos, asociată cu paralizie și reflexe hiperactive la nivelul membrelor inferioare, indică secțiunea transversală a măduvei spinării (vezi Planșa 17-11, pag. 731). Sensibilitatea tactilă protopatică și cea epicritică sunt deseori păstrate în pofida unei lezări parțiale a măduvei spinării, deoarece impulsurile având originea de o parte a corpului sunt transmise ascendent pe ambele jumătăți ale măduvei spinării.

Dermatoamele. *Dermatomul* este o arie cutanată inervată de fibrele somatosenzoriale provenite de la nivelul unui singur nerv spinal. Cunoașterea dermatoamelor este utilă pentru a localiza nivelul unei leziuni la un anumit segment specific al măduvei spinării. "Hărțile dermatoamelor" sunt prezentate la pag. 694–695.

REFLEXELE SPINALE: REFLEXE OSTEOTENDINOASE

Reflexele osteotendinoase sau reflexele de întindere musculară (miotatice) se transmit atât prin structurile sistemului nervos central cât și ale celui periferic. Un *reflex* este un răspuns involuntar stereotip care implică minim 2 neuroni, unul aferent (senzitiv) și altul eferent (motor), printr-o singură sinapsă. Reflexele osteotendinoase de la nivelul membrelor superioare și inferioare sunt exemple de astfel de reflexe monosinaptice. Ele ilustrează cea mai simplă unitate funcțională senzitivă și motorie. (Alte reflexe sunt polisinaptice, care implică interneuroni intercalați între neuronii senzitivi și cei motori).

Pentru a obține un reflex osteotendinos percutați ușor, brusc, tendonul unui mușchi parțial elongat. Pentru a declanșa reflexul, toate componentele arcului reflex trebuie să fie indemne: fibrele nervoase senzitive, sinapsa la nivelul măduvei spinării, fibrele nervoase motorii, joncțiunea neuromusculară și fibrele musculare. Percuția tendonului activează anumite fibre senzitive din mușchiul parțial elongat, declanșând un impuls senzitiv care este transmis măduvei spinării prin intermediul unui nerv periferic. Fibra senzitivă stimulată face

sinapsă direct cu celula cornului anterior inervând acelaşi muşchi. Atunci când impulsul traversează joncţiunea neuromusculară, muşchiul se contractă brusc, închizând arcul reflex.

Deoarece fiecare reflex osteotendinos implică segmente spinale specifice, împreună cu fibrele lor senzitive şi motorii, un reflex anormal vă poate ajuta să localizaţi o leziune patologică. Învăţaţi nivelurile segmentare ale reflexelor osteotendinoase. Le puteţi reţine uşor prin secvenţa numerică în ordine ascendentă de la gleznă la triceps: S1-L2, 3, 4–C5, 6, 7.

Reflexe osteotendinoase

Reflexul achilean	Sacral 1 în principal
Reflexul rotulian	Lombar 2, 3, 4
Reflexul supinator (brahioradial)	Cervical 5, 6
Reflexul bicipital	Cervical 5, 6
Reflexul tricipital	Cervical 6, 7

Reflexele pot fi declanşate atât prin stimularea tegumentelor cât şi a muşchiului. De exemplu, prin percuţia uşoară a tegumentului abdominal se produce o contractură musculară localizată. Aceste reflexe superficiale (cutanate) şi segmentele lor spinale corespunzătoare includ următoarele:

Reflexe cutanate

Reflexe abdominale – superior	Toracic 8, 9 10
– inferior	Toracic 10, 11, 12
Reflexul cutanat plantar	Lombar 5, Sacral 1
Reflexul anal	Sacral 2, 3, 4

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Cefalee
- Ameţeală sau vertij
- Deficit motor generalizat, proximal, sau distal
- Parestezie, hipoestezie, sau tulburări de sensibilitate
- Pierderea stării de conştienţă, sincopă, sau presincopă
- Convulsii
- Tremor sau mişcări involuntare

Două dintre cele mai frecvente simptome în patologia neurologică sunt *cefaleea* şi *ameţeala*, prezentate în pagina următoare.

Vezi Planşa 7-1, Cefaleea primară, pag. 249, şi Planşa 7-2, Cefaleea secundară, pag. 250-251.

Cefaleea. La pacientul cu cefalee, puneţi întrebări despre severitate, localizare, durată şi orice simptome asociate precum modificări vizuale, deficit motor sau tulburări de sensibilitate. Întrebaţi dacă cefaleea este influenţată de tuse, strănut, sau mişcări bruşte ale capului, care pot creşte presiunea intracraniană.

Hemoragia subarahnoidiană poate fi descrisă de pacient ca fiind "cea mai teribilă durere de cap din viaţa mea".[3,4] În *meningită* cefaleea este severă.[5] Cefaleea surdă care este influenţată de mişcările menţionate, în special dacă are aceeaşi localizare, reflectă formaţiuni înlocuitoare de spaţiu cum sunt *tumorile* sau *abcesele cerebrale.*

Ţineţi cont de faptul că migrena (cefaleea vasculară) poate prezenta tablouri atipice şi investigaţi în consecinţă.[6-9]

Ameţeala şi vertijul. Acuzele de *ameţeală* pot îmbrăca mai multe forme. Este necesar să elucidaţi exact ce simte pacientul. Pacientul are senzaţie de cap gol sau simte că leşină? Sau prezintă *vertij*, adică are senzaţia că încăperea se mişcă sau se roteşte?

Senzaţie de cap gol în palpitaţii, presincopă prin stimulare vasovagală, hipotensiune arterială, boală febrilă, şi altele. Vertij în afecţiuni ale urechii interne, tumori de trunchi cerebral. Vezi Planşa 7-3, Ameţeala şi vertijul, pag. 252.

Mai ales la vârstnici, medicamentele administrate contribuie la ameţeală? Există vreun simptom asociat, cum ar fi vedere dublă *(diplopie)*, dificultăţi în pronunţarea cuvintelor *(disartrie)*, sau tulburări de mers ori de echilibru *(ataxie)*?

Diplopie, disartrie, ataxie în *accidentul vascular cerebral* sau *accidentul ischemic tranzitor* (AIT) vertebrobazilar.[10] Vezi Planşa 17-1, Tipuri de accident vascular cerebral, pag. 714-715.

Deficitul motor. Există *deficit motor*, generalizat sau localizat la nivelul feţei sau al unei părţi a corpului? Slăbiciunea musculară este un alt simptom frecvent care necesită atenţie. Aflaţi ce înseamnă pentru pacient. Verificaţi dacă există *paralizie*, adică incapacitatea de a mobiliza vreun membru ori hemicorp. Deficitul motor a debutat lent sau brutal? A evoluat? În ce sens? Care parte a corpului este afectată? Deficitul motor afectează un hemicorp sau întregul corp? Ce mişcări sunt afectate?

Deficit motor sau paralizie în *accidentul ischemic tranzitor* sau *accidentul vascular cerebral.*[11]

Deficitul motor localizat poate fi cauzat de formaţiuni înlocuitoare de spaţiu, leziuni ischemice sau vasculare ale sistemului nervos central; dar este produs şi de patologia sistemului nervos periferic, boli neuromusculare, sau afecţiuni musculare.

Dacă pacientul prezintă deficit motor neînsoţit de ameţeală, încercaţi să distingeţi între *deficitul motor distal* şi cel *proximal.* Pentru deficitul motor proximal, întrebaţi despre activităţi cum ar fi pieptănatul, încercarea de a lua ceva de pe un raft înalt, sau dificultăţi la ridicarea de pe scaun ori la urcarea unei trepte înalte. Deficitul motor se accentuează la efort repetat şi se îmbunătăţeşte după repaus? Există simptome senzitive sau alte acuze asociate? Pentru deficitul motor distal la nivelul braţelor, întrebaţi pacientul dacă are dificultăţi la efectuarea anumitor mişcări ale mâinilor, cum sunt cele pentru deschiderea unui borcan sau a unei conserve, sau utilizarea unor instrumente precum foarfece, şurubelniţă, cleşte. Pentru deficitul motor distal la nivelul membrelor inferioare, întrebaţi pacientul dacă se împiedică frecvent.

Deficit motor proximal bilateral în miopatie. Deficit motor bilateral, predominant distal, în polineuropatie. Deficitul motor agravat la efort repetat şi ameliorat în repaus sugerează *miastenia gravis.*[12]

Tulburările de sensibilitate. Investigaţi dacă pacientul manifestă *tulburări de sensibilitate.* Întrebaţi dacă a avut *senzaţie de amorţeală*, dar elucidaţi caracterul şi localizarea acesteia. Pacientul a prezentat hipoestezie, dificultăţi la mobilizarea vreunui membru, sau senzaţii anormale precum furnicături sau înţepături? Astfel de senzaţii anormale pot exista în absenţa unui stimul evident şi sunt denumite *parestezii.* Ele apar atunci când un braţ sau un picior sunt "amorţite" consecutiv compresiei unui nerv şi pot fi descrise ca furnicături, înţepături sau senzaţie de cald, rece sau presiune. *Disesteziile* reprezintă senzaţii

Hipoestezii, parestezii şi disestezii în leziuni cerebrale şi ale măduvei spinării, ca şi în afecţiuni ale nervilor periferici; parestezii la nivelul mâinilor şi perioral în hiperventilaţie. Durere cu caracter de arsură în neuropatia senzitivă dureroasă.[13]

distorsionate ca răspuns la un stimul şi pot persista după dispariţia stimulului. De exemplu, o persoană poate percepe o atingere uşoară sau o înţepătură ca pe o senzaţie de arsură sau furnicătură iritantă ori neplăcută. *Durerea* poate fi de cauză neurologică, dar de obicei este descrisă în cadrul simptomelor altor organe şi sisteme, precum cap, gât sau sistem osteomuscular.

Vezi Planşa 16-1, Durerea lombară joasă, pag. 642 şi Planşa 16-2, Durerea cervicală, pag. 643.

Pierderea stării de conştienţă (leşin). "Aţi leşinat sau v-aţi pierdut vreodată cunoştinţa?" este o întrebare care deschide discuţia despre *pierderea stării de conştienţă*. Începeţi prin a afla ce înţelege pacientul prin pierderea cunoştinţei. Pacientul a pierdut total contactul cu mediul sau putea auzi voci în timpul episodului, indicând astfel un grad de conştienţă? Utilizaţi termenii descriptivi cu precizie şi atenţie. *Sincopa* reprezintă pierderea bruscă dar temporară a stării de conştienţă şi a tonusului postural, cauzată de scăderea fluxului sanguin cerebral, descrisă în mod obişnuit de pacient ca *leşin*. Simptomele reprezentate de senzaţie de leşin, senzaţie de cap gol sau slăbiciune, dar fără pierderea stării de conştienţă, sunt denumite *presincopă*.

Vezi Planşa 17-2, Sincopa şi tulburări similare, pag. 716-717.

Obţineţi o descriere a episodului cât mai clară şi completă. Ce a precipitat evenimentul? Au existat simptome premonitorii? Pacientul era în picioare, culcat sau în şezut la debutul episodului? Cât de mult a durat? Putea auzi voci în timp ce îşi pierdea cunoştinţa sau la revenire? Cât de repede şi-a revenit? Retrospectiv, debutul şi finalul au fost lente sau rapide?

Persoanele tinere cu stres emoţional şi simptome premonitorii de eritem, senzaţie de căldură sau greaţă pot avea *sincopă vasodepresoare (*sau *vasovagală)* cu debut şi final lent. *Sincopa cardiacă* din aritmii, mai frecventă la vârstnici, are de obicei debut şi final brutal.[14]

De asemenea, aflaţi dacă au existat martori. Dacă da, cum arăta pacientul înainte de a-şi pierde cunoştinţa, în cursul episodului şi după aceea? A prezentat mişcări convulsive ale braţelor sau picioarelor? Incontinenţă urinară sau pentru fecale? La finalul episodului au existat tulburări de memorie sau stări de confuzie?

Activitatea motorie tonico-clonică, incontinenţa urinară sau anală şi *starea postictală* sugerează o *criză convulsivă generalizată.* Spre deosebire de sincopă, poate fi însoţită de muşcarea limbii sau contuzii ale membrelor.[15]

Convulsiile. *Convulsia* reprezintă o tulburare paroxistică determinată de descărcări electrice bruşte excesive în cortexul cerebral sau structurile subiacente. Convulsiile pot fi de mai multe tipuri.[15] În funcţie de tipul crizei convulsive, poate exista sau nu pierderea stării de conştienţă. Anumite tipuri de convulsii pot fi însoţite de senzaţii, gânduri, sau sentimente anormale, inclusiv mirosuri, dar şi de mişcări anormale. Discuţia poate fi deschisă cu întrebări ca "Aţi avut vreodată crize sau atacuri?"... "Convulsii sau tremurături?". Ca şi în cazul sincopei, scopul este să obţineţi o descriere completă şi detaliată, care să includă circumstanţele precipitante, evenimentele premonitorii, comportamentul şi sentimentele atât în cursul atacului cât şi ulterior. Întrebaţi despre vârsta la care au debutat episoadele, frecvenţa acestora, modificarea frecvenţei sau a simptomatologiei şi utilizarea medicaţiei. Există antecedente de leziune craniană sau alte afecţiuni care ar putea avea rol cauzator?

Vezi Planşa 17-3, Tulburări convulsive, pag. 718-719.

Tremorul. *Tremorul* şi alte *mişcări involuntare* apar în prezenţa sau în absenţa unor tulburări neurologice. Întrebaţi dacă există tremor, fiori sau mişcări corporale pe care pacientul pare incapabil să le controleze.

Vezi Planşa 17-4, Tremorul şi mişcările involuntare, pag. 720-721. Tremor, rigiditate şi bradichinezie în boala Parkinson.[16,17]

Complet diferită de aceste simptome este senzaţia de *nelinişte a picioarelor* aproape imposibil de descris, care apare în repaus şi este însoţită de o dorinţă puternică de a se mişca. Mersul ameliorează aceste simptome.

Sindromul picioarelor neliniştite, de obicei benign, este frecvent întâlnit, dar deseori trecut cu vederea.[18]

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Prevenţia accidentului vascular cerebral (AVC) şi a accidentului ischemic tranzitor (AIT)
- Diminuarea riscului de neuropatie periferică
- Detectarea celor "trei D": delir, demenţă şi depresie

Prevenţia accidentului vascular cerebral (AVC) şi a accidentului ischemic tranzitor (AIT). AVC-ul din boala cerebrovasculară reprezintă a treia cauză de deces în SUA şi prima cauză de invaliditate pe termen lung în populaţia încadrată în muncă şi în populaţia generală. Vă prezentăm pe scurt cauzele şi evoluţia în timp în cazul AVC şi AIT.

- *Accidentul vascular cerebral* reprezintă un deficit neurologic instalat brusc, determinat de ischemia (între 80 şi 85%) sau hemoragia (între 15 şi 20%) cerebrală. *Accidentul vascular hemoragic* poate fi *intracerebral* (10-15% din totalul AVC) sau *subarahnoidian* (5% din total).[19,20]

- *Accidentul ischemic tranzitor* reprezintă un deficit neurologic localizat, definit în trecut ca având o durată sub 24 de ore, dar mai recent definit printr-o durată sub 1 oră şi absenţa unor defecte structurale subiacente.[21-23] AIT este un semnal prevestitor important al AVC-ului: în primele 3 luni după un AIT, 15% din pacienţi vor prezenta un AVC, în special cei cu diabet zaharat, cu vârste peste 60 de ani, sau cu disfuncţii motorii ori ale vorbirii.[23] Riscul de AVC este maxim în primele 30 de zile după un AIT.

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL PE SCURT

Aspecte cheie în prevenţie şi educarea pacienţilor[19]

- AVC-ul reprezintă a treia cauză de deces în SUA după boala cardiacă şi cancer şi afectează peste 5.700.000 de persoane.
- Incidenţa şi mortalitatea prin AVC sunt disproporţionat mai mari la afro-americani comparativi cu cei de rasă albă:
  - *Incidenţa la rasa neagră versus rasa albă, vârste cuprinse între 45 şi 84 de ani*: 6,6 versus 3,6 la 1000 (bărbaţi); 4,9 versus 2,3 la 1000 (femei)
  - *Mortalitatea la rasa neagră versus rasa albă, vârste cuprinse între 45 şi 84 de ani*: 73,9 versus 48,1 (bărbaţi); 64,9 versus 47,4 (femei)
- Incidenţa brută cumulativă a AVC este disproporţionat mai mare la americanii de origine mexicană comparativ cu cei nonhispanici: 16,8 versus 13,6 la 1000.
- Mortalitatea la un an după AIT este de aproximativ 25%.
- În general, în publicul larg se cunosc semnele de AVC, însă numai 17% ar suna la numărul de urgenţă 112 dacă ar considera că cineva prezintă AVC.
- Evoluţia AVC este ameliorată semnificativ dacă tratamentul se administrează în primele 3 ore de la debutul simptomelor; însă durata medie de timp de la debutul simptomelor până la prezentarea la camera de gardă este între 3 şi 6 ore.
- Conştientizarea de către personalul medical a semnelor prevestitoare de AVC, a factorilor de risc şi a metodelor de prevenţie este un proces aflat în continuă evoluţie.

Simptomele şi semnele de AVC depind de teritoriul vascular afectat la nivel cerebral. Cea mai frecventă cauză a simptomelor şi semnelor ischemice este ocluzia de *arteră cerebrală medie*, care determină amputări ale câmpului vizual, deficite senzitive şi hemipareză controlaterală. Ocluzia arterei cerebrale medii la nivelul emisferei cerebrale stângi determină *afazie*, iar la nivelul emisferei drepte produce *hemiagnozie* (*ignorarea* jumătăţii corporale controlaterale).

Vezi Planşa 17–1, Tipuri de accident vascular cerebral, pag. 714-715.

Vezi pag. 147-148 şi Planşa 17–5, Tulburări de vorbire, pag. 722, pentru detalii privind *afazia*.

Semne prevestitoare de AVC. Asociaţia Americană de Cardiologie (AHA) şi Asociaţia Americană pentru AVC recomandă pacienţilor să solicite ajutor medical imediat la apariţia oricăruia dintre următoarele semne:

- Amorţeală sau deficit motor instalat brusc la nivelul feţei, braţului sau piciorului
- Instalarea bruscă a stării de confuzie, tulburărilor de articulare a cuvintelor sau de înţelegere
- Instalarea bruscă a tulburărilor de mers, ameţeală, pierderea echilibrului sau a coordonării
- Tulburări de vedere la nivelul unuia sau ambilor ochi, cu instalare bruscă
- Cefalee severă instalată brusc

Învăţaţi pacienţii să recunoască aceste semne premonitorii de "atac cerebral", mai ales pe cei cu factori de risc.

Factori de risc pentru AVC - prevenţie primară. Prevenţia primară implică *factorii de risc modificabili pentru AVC ischemic*, respectiv hipertensiunea arterială, fumatul, hiperlipemia, diabetul zaharat, supraponderalitatea, sedentarismul şi consumul excesiv de alcool. Tratamentul adecvat al fibrilaţiei atriale şi supravegherea bolii carotidiene asimptomatice scade riscul de AVC specific acestor boli. Cheia prevenţiei unui AVC hemoragic este controlul hipertensiunii arteriale. Ruptura anevrismelor saculare ale cercului arterial Willis este cea mai frecventă cauză de AVC hemoragic în hemoragia subarahnoidiană – factorii de risc fiind fumatul, hipertensiunea arterială, abuzul de alcool şi antecedentele familiale la o rudă de gradul I.

În Capitolul 4, vezi Clasificarea tensiunii arteriale la adulţi, pag. 118.

Factorii de risc pentru AVC - prevenţie secundară. La un pacient care a suferit un AVC ischemic sau un AIT, trebuie acordată atenţie oricărui factor secundar de risc, în funcţie de etiologie. Cauzele de AVC ischemic sunt ateroscleroza vaselor mari, embolia cardiacă, boala lacunară de vase mici, alte cauze neobişnuite, sau AVC-ul poate fi idiopatic (nu este identificat nici un mecanism). În timp veţi acumula experienţă clinică, dublată de consultarea literaturii de specialitate care stabileşte ghidurile de tratament, riscurile şi beneficiile pentru acest grup de pacienţi.[27,35] Reţineţi faptul că pacienţii mai tineri prezintă mai frecvent AVC de etiologie nedeterminată sau de alte cauze neobişnuite cum ar fi colagenozele vasculare, arterita Takayasu, disecţia arterială, displazia fibromusculară şi consumul de droguri ilicite sau cocaină. Însuşiţi-vă indicaţiile tratamentului preventiv cu aspirină sau coumadin.[27]

Vezi Planşa 17–1, Tipuri de accident vascular cerebral, pag 714-715 pentru detalii suplimentare despre AVC lacunare şi de alt tip.

Factorii de risc pentru AVC – prevenția primară a accidentului vascular cerebral ischemic

Factori de risc comportamentali

• Hipertensiunea arterială	Hipertensiunea arterială este principalul factor determinant atât pentru AVC ischemic cât şi pentru cel hemoragic. Pacienţii cu valori tensionale sub 120/80 mmHg prezintă un risc de două ori mai mic de a suferi un AVC comparativ cu persoanele hipertensive.[19] Controlul optim al tensiunii arteriale este important în special la afro-americani din cauza riscului lor crescut de AVC.[24]
• Fumatul	Abuzul de tutun sau *fumatul* a peste 40 de ţigarete pe zi dublează riscul de AVC comparativ cu fumatul ocazional sau a mai puţin de 10 ţigarete pe zi. În cazul foştilor fumători, riscul de AVC scade şi ajunge la nivelul corespunzător nefumătorilor abia după 5 ani de abstinenţă.
• Hiperlipemia	Dovezile furnizate de studiile cardiovasculare care au folosit agenţi de tip statine susţin ideea că scăderea *hiperlipemiei* reduce cu 25% riscul de AVC.[25,26]
• Diabetul zaharat	*Diabetul zaharat* creşte riscul de AVC ischemic, hipertensiune arterială şi hiperlipemie. Ghidurile de tratament recomandă un control riguros pentru prevenirea complicaţiilor microvasculare ale diabetului, dar studiile efectuate nu au furnizat dovezi consistente prin care controlul adecvat al glicemiei reduce riscul de AVC. Într-unul dintre studii (United Kingdom Prospective Diabetes Study) pacienţii cu hipertensiune arterială şi diabet zaharat de tip 2 şi control riguros al tensiunii arteriale au prezentat o reducere de 44% a riscului de AVC fatal şi nonfatal.[27,28]
• Greutatea	*Obezitatea* dublează riscul de AVC.
• Exerciţiul fizic	Ca şi în cazul altor afecţiuni precum boala coronariană, hipertensiunea arterială şi diabetul zaharat, *exerciţiul fizic* moderat, respectiv 30 de minute de mers alert zilnic scade riscul de AVC.[19] Însă dovezile privind un beneficiu net doză-efect între gradul de activitate fizică şi riscul de AVC sunt neconcludente.[28]
• Consumul de băuturi alcoolice	*Consumul excesiv de băuturi alcoolice* are un "efect direct dependent de doză asupra riscului de AVC hemoragic" şi pare să crească riscul de AVC ischemic prin efectele sale asupra hipertensiunii arteriale, stărilor hipercoagulante, aritmiilor cardiace şi scăderii fluxului sanguin cerebral.[27]

Factori de risc specifici

• Fibrilaţia atrială	*Fibrilaţia atrială* valvulară (reumatică) şi nonvalvulară creşte riscul de AVC de 5 şi respectiv 17 ori comparativ cu lotul martor.[27] Scăderea riscului de AVC ischemic sub tratament cu warfarină la INR între 2 şi 3 comparativ cu aspirina este de 68%, respectiv 20%, dar riscul individual poate varia. Atunci când se evaluează tratamentul antitrombotic, experţii recomandă încadrarea riscului individual în grupuri cu risc înalt, moderat şi scăzut pentru a cântări riscul de AVC ischemic comparativ cu riscul de hemoragie. În prezent sunt disponibile instrumente de

(se continuă)

• Factorii de risc pentru AVC – prevenţia primară a accidentului vascular cerebral ischemic (continuare)

Factori de risc specifici	
	evaluare a riscului care folosesc sisteme de scor bazate pe experienţa în comunitate.[29-31] Pacienţii cu fibrilaţie atrială şi riscul cel mai mare de AVC sunt cei cu factori adiţionali de risc: AVC sau AIT în antecedente, hipertensiune arterială, diabet zaharat, disfuncţie ventriculară stângă, valvulopatia mitrală reumatică, şi sexul feminin la subiecţii cu vârste peste 75 de ani.
• Boala arterială carotidiană	Prevalenţa *bolii carotidiene* aterosclerotice a arterelor carotide extracraniene în populaţia SUA cu vârsta peste 65 de ani este de 1%.[32] Endarterectomia carotidiană la pacienţii asimptomatici cu stenoză de peste 60% scade riscul de AVC la 5 ani de la 11% la 5%, chiar şi în cazul unei rate de AVC sau deces perioperator de 3%.[32,33] În prezent nu există un factor de risc specific sau un instrument de evaluare a riscului care să identifice persoanele cu boală carotidiană semnificativă clinic. În 2007, Centrul de Medicină Preventivă din SUA a decis că screeningul în populaţia generală nu este recomandat din cauza riscului de rezultate fals-pozitive în cazul folosirii ecografiei carotidiene ca metodă de screening, a riscului de AVC în cazul folosirii angiografiei, şi a necesităţii ca riscul chirurgical asociat endarterectomiei să fie mai mic de 3%.[34]

Scăderea riscului de neuropatie periferică. Diabetul zaharat reprezintă cea mai frecventă cauză de neuropatie periferică, prezentă la 10% din pacienţi în momentul diagnosticului, procent care creşte la 50% după 5 ani.[36] Diabetul zaharat determină mai multe tipuri de neuropatie, cum sunt: *polineuropatia senzitivo-motorie distală, simetrică*, lent progresivă, caracterizată prin anestezia "în şosetă" a extremităţii distale a membrelor inferioare (cea mai frecventă dintre neuropatiile diabetice); *disfuncţia autonomă* care conduce la disfuncţie erectilă, hipotensiune ortostatică şi gastropareză; *mononevrita multiplex*, care produce deficite senzitive şi motorii parcelare în cel puţin două arii nervoase diferite; şi *amiotrofia diabetică*, care determină durere la nivelul coapsei şi deficit motor în extremitatea proximală a membrului inferior, iniţial unilateral. Consiliaţi pacienţii să menţină un control optim al glicemiei. Atunci când valoarea HbA1C este mai mică sau egală cu 7,4%, apariţia neuropatiei diabetice scade cu 50-60%.[37]

Detectarea celor "trei D": delir, demenţă, depresie. Delirul şi demenţa sunt din ce în ce mai frecvente în practica clinică, cu prezentări discrete care necesită detectare precoce. Deoarece delirul şi demenţa apar în special la vârstnici, consultaţi Capitolul 20, Adultul vârstnic, secţiunea Profilaxie şi consiliere. Screening-ul şi intervenţia asupra factorilor de risc pentru depresie, care poate fi uşor confundată cu delirul şi demenţa, sunt prezentate în Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală.

Vezi Capitolul 20, Adultul vârstnic, pag. 911–912 şi Planşa 20-2, Delirul şi demenţa, pag. 931.

Vezi şi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, pag. 135–162.

TEHNICI DE EXAMINARE

Elemente importante ale examenului obiectiv

- Statusul mental – vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală
- Nervii cranieni de la I la XII
- Sistemul motor: masa, tonusul şi forţa musculară; coordonarea, mersul şi postura
- Sistemul senzitiv: sensibilitatea dureroasă şi termică, simţul poziţiei şi al vibraţiei, sensibilitatea tactilă fină, sensibilitatea discriminativă
- Reflexele osteotendinoase, abdominale şi plantare

Vom reveni acum la cele trei întrebări importante care guvernează examinarea neurologică:

- Statusul mental este integru?
- Constatările efectuate la examinarea hemicorpului drept şi stâng sunt simetrice?
- Dacă rezultatele examinării sunt asimetrice sau anormale, atunci leziunea se găseşte la nivelul *sistemului nervos central* sau al *sistemului nervos periferic*?

În această secţiune sunt prezentate tehnicile unei examinări practice şi complete a sistemului nervos, pe care trebuie să vi le însuşiţi. La început aceste tehnici pot părea dificile, dar prin exerciţiu, perseverenţă şi îndrumare, evaluarea simptomelor şi afecţiunilor neurologice nu va mai constitui o problemă. Vă recomandăm să practicaţi o învăţare activă prin care să solicitaţi îndrumătorilor sau neurologilor să vă evalueze tehnica.

Detaliile unui examen neurologic corect variază larg. Pe măsură ce veţi acumula experienţă, veţi observa că la persoanele sănătoase examinarea va fi relativ scurtă. Atunci când detectaţi modificări, veţi efectua o examinare mai extensivă. Fiţi conştienţi de faptul că neurologii folosesc multe alte tehnici specifice anumitor situaţii.

Pentru eficienţă, evaluarea neurologică trebuie integrată alături de celelalte secvenţe ale examinării. De exemplu, evaluaţi statusul mental al pacientului şi discursul acestuia în timpul efectuării anamnezei; evaluaţi nervii cranieni pe măsură ce examinaţi gâtul şi capul; inspectaţi braţele şi picioarele pentru anomalii neurologice, în timp ce observaţi sistemele vascular şi osteomuscular periferic. În Capitolul 1 este prezentat acest tip de abordare integrată. În redactarea observaţiilor ţineţi însă cont de faptul că sistemul nervos este un întreg unitar.

GHIDUL AAN* PENTRU UN EXAMEN NEUROLOGIC DE SCREENING

Studenţii trebuie să fie apţi să efectueze o scurtă examinare de screening suficientă pentru a detecta afecţiuni neurologice semnificative chiar şi la pacienţii fără simptome neurologice. Deşi succesiunea exactă în cadrul examenului de screening poate varia, acesta trebuie să evalueze statusul mental, nervii cranieni, forţa musculară, mersul şi coordonarea, sensibilitatea şi reflexele. Mai jos este prezentat un exemplu de examen neurologic de screening.

Statusul mental – nivelul stării de alertă, reacţii prezente şi adecvate, orientarea temporală şi spaţială

Nervii cranieni

- Acuitatea vizuală
- Reflexul pupilar fotomotor
- Mişcările oculare
- Auzul
- Mişcările faciale – zâmbet, închiderea ochilor

Sistemul motor

- Forţă musculară – abducţia umărului, extensia cotului, extensia articulaţiei pumnului, abducţia degetelor, flexia coapsei, flexia genunchiului, dorsiflexia gleznei
- Mers – normal, în tandem
- Coordonare – mişcări fine ale degetelor, proba index-nas

Sistemul senzitiv – de exemplu se testează la nivelul degetelor de la picioare – stimulul poate fi atingere fină, durere/ temperatură, sau propriocepţie

Reflexe

- Reflexe osteotendinoase – bicipital, rotulian, achilean
- Reflexe plantare

Notă: Dacă există motive pentru a suspecta tulburări neurologice pe baza antecedentelor pacientului sau a rezultatelor examinării de screening, se impune un examen neurologic mai complet.

*AAN (American Academy of Neurology) = Academia Americană de Neurologie
(Sursă: Adaptat după American Academy of Neurology. Disponibil la http://www.aan.com/globals/axon/assets/2770.pdf. Accesat la 2 ianuarie 2008.)

Indiferent dacă efectuaţi un examen de screening sau unul extensiv, organizaţi-vă raţionamentul în cinci categorii: (1) status mental, vorbire şi limbaj; (2) nervii cranieni; (3) sistemul motor; (4) sistemul senzitiv; (5) reflexe. Dacă la examenul neurologic identificaţi anomalii, acestea trebuie încadrate în tulburări ale sistemului nervos central sau periferic.

NERVII CRANIENI

Noţiuni introductive. Examinarea nervilor cranieni (prescurtat NC) poate fi rezumată după cum urmează.

REZUMAT: NERVII CRANIENI I–XII

I	Olfacţie
II	Acuitate vizuală, câmpuri vizuale şi fund de ochi
II, III	Reflexe pupilare
III, IV, VI	Mişcări extraoculare
V	Reflexe corneene, sensibilitate facială, mişcările mandibulei
VII	Mişcări faciale
VIII	Auz
IX, X	Deglutiţie, ridicarea palatului, reflexul de vărsătură
V, VII, X, XII	Voce şi limbaj
XI	Mişcări ale umărului şi gâtului
XII	Simetria şi poziţia limbii

Nervul cranian I – nervul olfactiv. Testaţi *simţul mirosului*: prezentaţi pacientului diverse mirosuri familiare, neiritante, pe care acesta trebuie să le recunoască. Mai întâi asiguraţi-vă că fiecare narină este permeabilă: comprimaţi pe rând fiecare aripă a nasului şi solicitaţi pacientului să inspire cu putere prin cealaltă narină. Apoi pacientul trebuie să închidă ochii. Ocluzionaţi o narină şi testaţi simţul mirosului la nivelul celeilalte cu substanţe cum ar fi cafea, săpun, vanilie sau cuişoare. (Evitaţi substanţe nocive precum amoniacul, care poate stimula NC V). Întrebaţi pacientul dacă simte vreun miros, şi în caz afirmativ care este acela. Testaţi şi cealaltă narină. În mod normal o persoană percepe mirosurile de fiecare parte şi le poate identifica.

Pierderea simţului mirosului în afecţiuni sinusale, traumatisme craniene, fumat, la vârstnici şi consumatorii de cocaină. De asemenea în *boala Parkinson.*

Nervul cranian II – nervul optic. Testaţi *acuitatea vizuală* (vezi pag. 211–212).

Inspectaţi *fundul de ochi* cu oftalmoscopul, acordând atenţie specială papilei optice (vezi pag. 218–222).

Paloare a papilei optice în atrofia nervului optic; proeminenţa papilei optice în edemul papilar (vezi pag. 220).

Testaţi câmpurile vizuale prin confruntare (vezi pag. 212-213). Uneori, de exemplu la persoanele cu AVC, pacienţii vor acuza pierderea parţială a vederii, iar testarea ambilor ochi evidenţiază un *defect de câmp vizual*, sau o anomalie a vederii periferice, cum ar fi *hemianopsia omonimă*. Testarea unui singur ochi nu poate confirma această observaţie.

Vezi Planşa 7-5, Defecte de câmp vizual, pag. 254. Defecte prechiasmatice în *glaucom, embolie retiniană, nevrită optică* (acuitate vizuală diminuată). Hemianopsii bitemporale în defectele de la nivelul chiasmei optice, de obicei cauzate de o *tumoră pituitară.* Hemianopsie omonimă sau cvadranopsie în leziuni postchiasmatice, de obicei la nivelul *lobului parietal,* cu semne de AVC asociate (acuitate vizuală normală)[38]

Nervii cranieni II şi III – optic şi oculomotor. Inspectaţi dimensiunea şi forma pupilelor şi comparaţi stânga - dreapta. *Anizocoria*, adică o diferenţă de >0,4 mm între diametrele celor două pupile, este prezentă la până la 38% dintre indivizii sănătoşi. Testaţi *reacţia pupilară la lumină.*

Vezi Planşa 7-10, Anomalii pupilare, pag. 259. Constricţie minimă la nivelul pupilei mai mari în cazul afectării muşchiului *constrictor* pupilar prin leziune a irisului sau în cazul *paraliziei NC III* cu denervare parasimpatică, ptoză şi oftalmoplegie

De asemenea, verificaţi *reacţia de acomodare la vederea de aproape* (pag. 216), care constă în constricţia pupilară (muşchiul constrictor al pupilei), convergenţa (muşchiul drept medial) şi acomodarea cristalinului (muşchiul ciliar).

(ochii nu sunt aliniaţi). Pupilele se contractă la lumină în *sindromul Horner*, dar datorită degenerării simpatice, pupila afectată rămâne mică (mioză) din cauza anomaliilor muşchiului *dilatator* al pupilei.[38]

Nervii cranieni III, IV şi VI – oculomotor, trohlear şi abducens. Testaţi *mişcările extraoculare* în cele şase direcţii cardinale ale privirii şi căutaţi să depistaţi dispariţia mişcărilor oculare conjugate în oricare din cele şase direcţii, ce determină *diplopie*. Întrebaţi pacientul în ce direcţie se agravează diplopia şi inspectaţi cu atenţie ochii pentru a depista devierea asimetrică a mişcării. Determinaţi dacă diplopia este *monoculară* sau *binoculară* solicitând pacientului să închidă un ochi, sau prin efectuarea testului de acoperire – descoperire a ochiului (vezi Planşa 7–11, pag. 260).

Vezi Planşa 7–11, Mişcări neconjugate ale globilor oculari, pag. 260. Diplopie monoculară în afecţiuni locale date de lentile de contact sau ochelari; cataractă; astigmatism; ptoză. Diplopie binoculară în *neuropatia de NC III, IV, VI* (40% din pacienţi), şi în afectarea musculaturii oculare din *miastenia gravis, traumatisme, oftalmopatie tiroidiană, oftalmoplegie internucleară*.[38]

Verificaţi convergenţa oculară. Identificaţi prezenţa *nistagmusului*, o mişcare involuntară bruscă a globilor oculari care are o componentă lentă şi una rapidă. Observaţi în care direcţie a privirii apare nistagmusul, planul nistagmusului (orizontal, vertical, rotator sau mixt) şi direcţia componentelor lentă şi rapidă (vezi pag. 218). *Nistagmusul se denumeşte în funcţie de componenta rapidă.*

Vezi Planşa 17–6, Nistagmusul, pag. 723. Nistagmus în *patologia cerebeloasă*, în special cu ataxie a mersului şi disartrie (creşte cu fixarea oculară) şi în *afecţiuni vestibulare* (scade cu fixarea oculară). De asemenea, în *oftalmoplegia internucleară*.

Solicitaţi pacientul să fixeze cu privirea un obiect situat la distanţă şi observaţi dacă nistagmusul se ameliorează sau se agravează.

Căutaţi semnele de *ptoză* (căderea pleoapelor superioare). La o treime din populaţie poate exista o mică diferenţă între lărgimea fantelor palpebrale, aspect care este normal.

Ptoză în *pareza de nerv cranian III* (NC III), *sindrom Horner* (ptoză, mioză, anhidroză), *miastenia gravis*.

Nervul cranian V – nervul trigemen

Ramura motorie. În timp ce palpaţi pe rând muşchii temporal şi maseter, solicitaţi pacientului să încleşteze dinţii. Observaţi forţa contracţiei musculare. Cereţi pacientului să îşi mişte mandibula în lateral dintr-o parte în alta.

Dificultăţi în încleştarea dinţilor sau mobilizarea mandibulei spre partea opusă în deficitul motor al muşchiului maseter şi respectiv al muşchiului pterigoidian lateral

Deficit motor unilateral în leziuni pontine ale NC V; deficit motor bilateral în afectarea emisferelor cerebrale, datorită inervaţiei corticale bilaterale

Accidentul vascular cerebral se asociază cu deficite senzitive ale feţei şi corpului de aceeaşi parte, date de leziuni corticale sau talamice controlaterale; deficit senzitiv facial ipsilateral şi al hemicorpului de partea opusă în leziunile de trunchi cerebral



PALPAREA MUŞCHILOR TEMPORALI



PALPAREA MUŞCHILOR MASETERI

Ramura senzitivă. După ce explicaţi pacientului ceea ce veţi face, testaţi *sensibilitatea dureroasă* la nivelul frunţii, obrajilor şi mandibulei de fiecare parte. Regiunile recomandate pentru testare sunt indicate în imagine prin cercuri roşii. Pacientul trebuie să stea cu ochii închişi. Folosiţi capătul bont al unui ac de siguranţă sau alt obiect adecvat,* alternând uneori cu capătul ascuţit pentru stimulare. Cereţi pacientului să precizeze dacă este ascuţit sau nu şi comparaţi ambele părţi.



Parestezii faciale izolate în afecţiuni ale nervilor periferici precum *nevralgia trigeminală*

Dacă observaţi o anomalie, confirmaţi-o prin testarea *sensibilităţii termice*. Stimulii folosiţi în mod obişnuit sunt două eprubete de testare, umplute cu apă rece şi respectiv fierbinte. De asemenea poate fi utilizat un diapazon, care de obicei este rece. Dacă aveţi un robinet la îndemână, diapazonul poate fi răcit sau încălzit, dar apoi trebuie uscat înainte de utilizare. Atingeţi tegumentul pacientului şi întrebaţi dacă simte cald sau rece.

Apoi testaţi *sensibilitatea tactilă fină*, folosind un mic tampon de vată. Cereţi pacientului să precizeze dacă simte atingerea tegumentului.

Reflexul cornean. Testaţi *reflexul cornean*. Solicitaţi pacientului să privească în sus, în direcţie opusă dumneavoastră. Abordaţi subiectul din lateral, din afara câmpului vizual al pacientului, evitând genele, şi atingeţi uşor corneea



*Pentru a evita transmiterea unor infecţii utilizaţi un obiect nou la fiecare pacient. Capătul cu vată al unui tampon de prelevare poate fi utilizat ca stimul neascuţit.

(nu numai conjunctiva) cu un tampon fin de vată. Totuşi, dacă pacientul este temător, atingerea iniţială a conjunctivei poate diminua frica.

Observaţi clipitul ochilor, care este reacţia normală la acest stimul. NC V este responsabil de componenta senzitivă a acestui reflex, iar NC VII asigură răspunsul motor. Utilizarea lentilelor de contact poate diminua sau aboli acest reflex.

Clipitul este absent în leziuni ale NC V şi VII. Clipit absent şi surditate neurosenzorială în *neurinomul de acustic.*

Nervul cranian VII – nervul facial. Inspectaţi faţa, atât în repaus cât şi în timpul conversaţiei cu pacientul. Observaţi orice asimetrie (e.g. ale pliurilor nazolabiale), ticuri sau mişcări anormale.



Aplatizarea şanţului nazogenian şi căderea pleoapei inferioare sugerează deficit motor facial.

Leziunea periferică de NC VII, cum este cazul *paraliziei Bell,* afectează atât etajul superior cât şi inferior al feţei; o leziune centrală afectează predominant etajul inferior. *Paralizia Bell* se manifestă clinic şi prin pierderea simţului gustativ, hiperacuzie, creşterea sau diminuarea secreţiei lacrimale. Vezi Planşa 17-7, Tipuri de paralizie facială, pag. 725.

Solicitaţi pacientului:

1. Să ridice ambele sprâncene.

2. Să se încrunte.

3. Să închidă strâns ambii ochi astfel încât să nu-i puteţi deschide. Testaţi forţa musculară încercând să-i deschideţi, conform figurii.

4. Să arate dinţii arcadei superioare şi inferioare.

5. Să umfle obrajii.

În paralizia facială unilaterală, gura coboară de partea paralizată atunci când pacientul zâmbeşte sau face grimase.

Nervul cranian VIII – nervul vestibulo-cohlear (denumit în trecut ***acustic***). Evaluaţi auzul prin testul vocii şoptite. Dacă pacientul prezintă tulburări de auz, determinaţi dacă surditatea este *de conducere*, cauzată de transmisia deficitară a aerului în ureche, sau *neurosenzorială (de percepţie)*, produsă de leziuni ale ramurii cohleare a NC VIII. Testaţi (1) *conducerea aeriană* şi *osoasă*, folosind testul Rinne şi (2) *lateralizarea*, folosind testul Weber.

Vezi tehnicile testelor Weber şi Rinne la pag. 226-227 şi Planşa 7-21, Tipuri de surditate, pag. 271. Testul vocii şoptite are atât sensibilitate (>90%) cât şi specificitate (>80%) crescută pentru evaluarea surdităţii.[38] Surditatea de conducere se poate asocia cu cerumen în exces, otoscleroză, *otită medie*; *presbiacuzia* este surditatea asociată cu înaintarea în vârstă, cel mai frecvent de tip neurosenzorial.

Teste specifice pentru funcţia vestibulară a NC VIII sunt rareori incluse în examenul neurologic de rutină. Pentru acestea, consultaţi manuale de neurologie sau otorinolaringologie.

Vertij cu surditate şi nistagmus în *sindromul Meniere* – vezi Planşa 7-3, Ameţeala şi vertijul, pag. 252, Planşa 17-6, Nistagmusul, pag. 723–724 pentru testul de stimulare calorică la pacientul comatos.

Nervii cranieni IX şi X – glosofaringian şi vag. Ascultaţi *vocea* pacientului. Este răguşită sau este nazonată?

Disfonie în paralizia corzilor vocale; voce nazonată în paralizia palatului

Există dificultăţi la deglutiţie?

Hipotonie la nivelul faringelui sau palatului

Cereţi pacientului să zică "Aaa" sau să caşte în timp ce observaţi *mişcările palatului moale şi ale faringelui.* În mod normal palatul moale ascensionează simetric, uvula rămâne pe linia mediană şi fiecare parte a faringelui posterior se deplasează spre medial, asemeni unei cortine. Uvula uşor curbată, prezentă uneori ca variantă normală, nu trebuie confundată cu o deviere a uvulei produsă de lezarea NC X.

Palatul nu ascensionează în leziunile bilaterale ale nervului vag. În paralizia unilaterală, o parte a palatului moale nu se ridică şi împreună cu uvula este trasă către partea sănătoasă (vezi pag. 236).

Avertizaţi pacientul că veţi testa *reflexul de vărsătură* care constă din ridicarea limbii şi a palatului moale şi contracţia musculaturii faringiene. Stimulaţi uşor partea posterioară a gâtului de fiecare parte alternativ şi observaţi apariţia reflexului de vărsătură. La unele persoane, acesta poate fi diminuat simetric sau absent.

Absenţa unilaterală a acestui reflex sugerează o leziune a NC IX, posibil a NC X.

Nervul cranian XI – nervul accesor spinal. În timp ce vă aflaţi în spatele pacientului, observaţi atrofia sau *fasciculaţiile* muşchilor trapezi şi comparaţi cele două părţi. Fasciculaţiile sunt mişcări fine neregulate ale unor grupuri mici de fibre musculare. În timp ce apăsaţi în jos cu mâinile, cereţi pacientului să ridice ambii umeri împotriva forţei pe care o exercitaţi. Observaţi forţa şi contracţia muşchilor trapezi.

Deficitul motor al muşchilor trapezi asociat cu atrofie şi fasciculaţii indică o afectare de nerv periferic. În paralizia muşchiului trapez, umărul este căzut iar scapula se deplasează în jos şi lateral.



Cereţi pacientului să întoarcă în lateral capul, de fiecare parte, în timp ce vă opuneţi mişcării cu mâna. Observaţi contracţia muşchiului sternocleidomastoidian de partea opusă şi notaţi forţa mişcării împotriva mâinii examinatoare.



Un pacient aflat în decubit dorsal cu deficit motor bilateral la nivelul muşchilor sternocleidomastoidieni are dificultăţi la ridicarea capului de pe pernă.

Nervul cranian XII – nervul hipoglos. Ascultaţi modul în care pacientul articulează cuvintele. La această acţiune contribuie nervii cranieni V, VII şi X, dar şi XII. Inspectaţi limba pacientului pe planşeul bucal. Observaţi prezenţa atrofiei sau a *fasciculaţiilor*.

Pentru tulburările de vorbire sau *disartrie*, vezi Planşa 17–5, Tulburări de vorbire (pag. 722). Atrofie linguală şi fasciculaţii în *scleroza laterală amiotrofică, poliomielită.*

Mişcările continue ale limbii pot reprezenta un aspect normal. Apoi, cu limba în protruzie, căutaţi prezenţa asimetriei, atrofiei sau a devierii de la linia mediană. Cereţi pacientului să mişte limba dintr-o parte în alta şi observaţi simetria mişcărilor. În cazurile ambigue, solicitaţi pacientului să împingă cu limba la nivelul feţei interne a obrajilor, pe rând, în timp ce palpaţi pe exterior pentru e evalua forţa împingerii.

Într-o leziune corticală unilaterală, limba în protruzie deviază tranzitor în direcţie opusă leziunii corticale, către partea afectată.

SISTEMUL MOTOR

Evaluarea sistemului motor cuprinde următoarele componente, descrise mai jos: poziţia corpului, mişcările involuntare, caracteristicile muşchilor (masă, tonus, forţă) şi coordonarea. Puteţi utiliza această succesiune sau alternativ puteţi verifica fiecare componentă la nivelul braţelor, picioarelor şi trunchiului. Dacă observaţi o anomalie, identificaţi muşchiul/ muşchii implicaţi. Determinaţi dacă anomalia este de origine centrală sau periferică, precum şi nervii care inervează muşchii afectaţi.

Poziţia corpului. Observaţi poziţia corpului pacientului în timpul mişcării şi în repaus.

Poziţiile anormale atrag atenţia asupra unor deficite neurologice, cum sunt paraliziile.

Mişcările involuntare. Căutaţi prezenţa mişcărilor involuntare precum tremor, ticuri sau fasciculaţii. Observaţi localizarea, calitatea, rata, ritmul şi amplitudinea acestor mişcări, precum şi relaţia lor cu postura, activitatea, oboseala, emoţiile şi alţi factori.

Vezi Planşa 17-4, Tremorul şi mişcările involuntare (pag. 720-721).

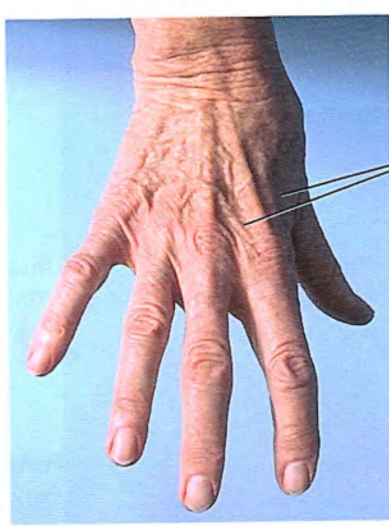
Masa musculară. Inspectaţi masa şi conturul muşchilor. Aceştia au aspect aplatizat sau concav sugerând atrofie? Dacă da, procesul este unilateral sau bilateral? Este distal sau proximal?

Atunci când căutaţi semne de atrofie, fiţi atenţi în special la mâini, umeri şi coapse. Eminenţele tenară şi hipotenară trebuie să fie reliefate, convexe, iar spaţiile dintre metacarpiene, unde se găsesc muşchii interosoşi dorsali, trebuie să fie proeminente sau numai uşor deprimate. Totuşi, după cum se observă mai jos, atrofia muşchilor mâinii poate fi un aspect normal care apare la vârste avansate.

Atrofia musculară se referă la o pierdere a masei musculare sau emaciere. Aceasta apare în afecţiuni ale sistemului nervos periferic precum neuropatia diabetică, dar şi în boli musculare. *Hipertrofia* reprezintă o creştere a masei musculare cu forţă musculară proporţională, în timp ce creşterea masei musculare asociată cu forţă diminuată este numită *pseudohipertrofie* (observată în *forma Duchenne a distrofiei musculare*).



Mâna unei femei în vârstă de 44 de ani



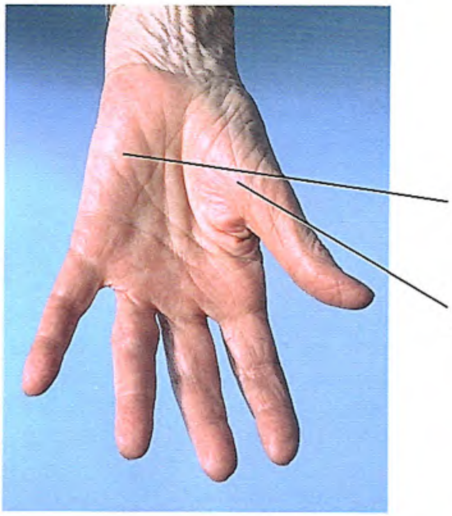
Atrofie

Mâna unei femei în vârstă de 84 de ani

Aplatizarea eminenţelor tenară şi hipotenară şi prezenţa şanţurilor între metacarpiene sugerează atrofie. Atrofie localizată a eminenţelor tenară şi hipotenară în leziuni ale nervului median şi respectiv, ale nervului ulnar.



Mâna unei femei în vârstă de 44 de ani



Mâna unei femei în vârstă de 84 de ani

Alte cauze de atrofie musculară includ bolile de neuron motor central sau periferic, poliartrita reumatoidă și malnutriția protein-calorică.

Fiţi atenţi la fasciculaţiile muşchilor atrofiaţi. Dacă sunt absente, percutaţi muşchiul cu un ciocănel de reflexe încercând să stimulaţi apariţia acestora.

Fasciculațiile cu atrofie și deficit motor sugerează leziuni ale unității motorii periferice.

Tonusul muscular. La relaxarea voluntară a unui muşchi integru cu inervaţie intactă, acesta menţine o uşoară stare reziduală de tensiune cunoscută sub denumirea de tonus muscular. Acesta poate fi evaluat prin testarea rezistenţei musculare la întindere pasivă. După ce pacientul se relaxează, prindeţi cu mâna o mână a pacientului şi susţineţi-i cotul cu cealaltă, apoi flectaţi şi extindeţi degetele, articulaţia pumnului şi a cotului şi mobilizaţi articulaţia umărului într-o gamă moderată de mişcări. Prin practică, aceste acţiuni pot fi combinate într-o singură mişcare cursivă. De fiecare parte observaţi tonusul muscular – rezistenţa apărută la mişcările efectuate. Pacienţii tensionaţi pot prezenta rezistenţă crescută. În timp veţi învăţa să recunoaşteţi rezistenţa normală.

Rezistența diminuată sugerează afectarea sistemului nervos periferic, boală cerebeloasă, sau leziuni ale măduvei spinării în stadii acute. Vezi Planșa 17-8, Tulburări ale tonusului muscular (pag. 726).

Dacă suspectaţi rezistenţă scăzută, susţineţi antebraţul şi scuturaţi uşor mâna. În mod normal, mâna se mişcă liber sus–jos, dar nu este complet flască.

Aspectul flasc marcat indică *hipotonie* sau *flaciditate*, de obicei în leziuni ale sistemului nervos periferic.

Dacă rezistenţa este crescută, verificaţi dacă aceasta variază pe măsură ce mişcaţi membrul sau dacă persistă pe tot parcursul mişcării şi în ambele direcţii, de exemplu atât în timpul flexiei cât şi al extensiei. Observaţi orice modificare bruscă a rezistenţei (spasticitate).

Pentru evaluarea tonusului muscular la nivelul membrelor inferioare, susţineţi coapsa pacientului cu o mână, apucaţi piciorul cu cealaltă, apoi flectaţi şi extindeţi genunchiul şi glezna pacientului de fiecare parte. Observaţi rezistenţa opusă la mişcările pe care le executaţi.

Spasticitatea este o formă de hipertonie musculară caracterizată prin rezistență crescută la elongarea pasivă a mușchiului. Spasticitatea, prezentă în leziunile tractului corticospinal, este dependentă de viteză și crește la mișcările rapide. *Rigiditatea* reprezintă rezistența crescută pe întreaga amploare a mișcării și în ambele direcții (nu depinde de viteza de imprimare a mișcării).

Forţa musculară. La persoanele normale, forţa musculară variază în funcţie de individ, iar evaluarea acesteia trebuie să ţină cont de vârstă, sex şi antrenamentul muscular. De obicei forţa musculară este uşor mai mare de partea dominantă decât de partea celalaltă. Aveţi în vedere această diferenţă atunci când comparaţi cele două părţi.

Diminuarea forţei musculare este denumită deficit motor sau *pareză.* Absenţa forţei musculare se numeşte *paralizie* sau plegie. *Hemipareza* se referă la deficitul motor al unei jumătăţi de corp; *hemiplegia* la paralizia unui hemicorp. *Paraplegia* reprezintă paralizia membrelor inferioare; *tetraplegia,* paralizia tuturor celor patru membre.

Testaţi forţa musculară solicitând pacientului să realizeze mişcări active împotriva rezistenţei sau să opună rezistenţă la o mişcare exterioară. Reţineţi că forţa musculară este invers proporţională cu lungimea muşchiului, adică muşchiul are forţă maximă când este scurtat şi forţă minimă când este alungit.

Vezi Planşa 17-9, Tulburări ale sistemului nervos central şi periferic (pag. 727-729).

Dacă deficitul motor este prea mare pentru a învinge rezistenţa, testaţi forţa musculară împotriva gravitaţiei sau după eliminarea gravitaţiei. De exemplu, atunci când antebraţul se află relaxat în pronaţie, dorsiflexia articulaţiei pumnului poate fi testată numai împotriva gravitaţiei. Atunci când antebraţul este în poziţie intermediară între pronaţie şi supinaţie, poate fi testată extensia articulaţiei pumnului cu eliminarea gravitaţiei. În cazul în care pacientul nu poate mişca segmentul respectiv, palpaţi pentru a depista prezenţa unei contracţii musculare precare.

SCALA DE GRADARE A FORŢEI MUSCULARE

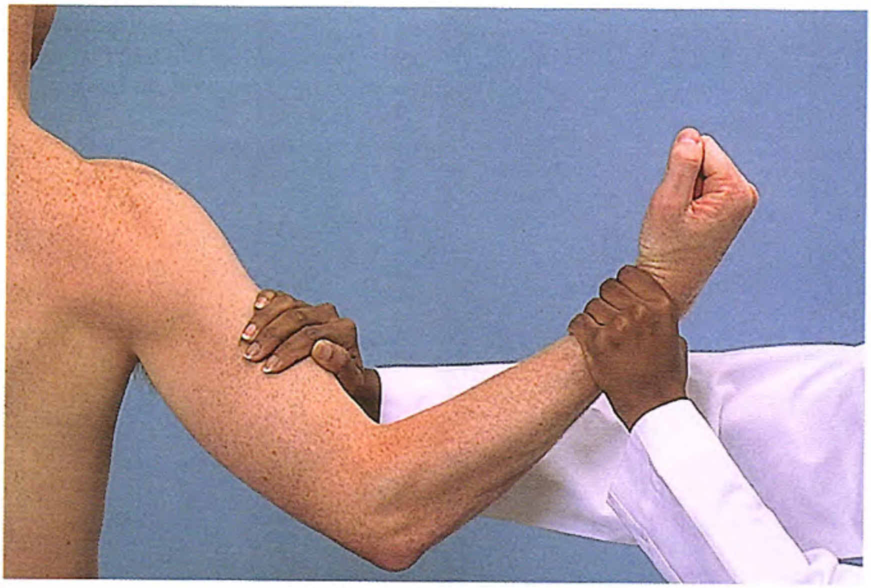
Forţa musculară este evaluată pe o scală de la 0 la 5:

0 – Nu se detectează contracţie musculară
1 – Discretă contracţie musculară abia observabilă
2 – Mişcare activă a segmentului de corp cu învingerea gravitaţiei
3 – Mişcare activă împotriva gravitaţiei
4 – Mişcare activă împotriva gravitaţiei şi un grad de rezistenţă
5 – Mişcare activă care se opune rezistenţei fără semne evidente de oboseală. Aceasta este forţa musculară normală.

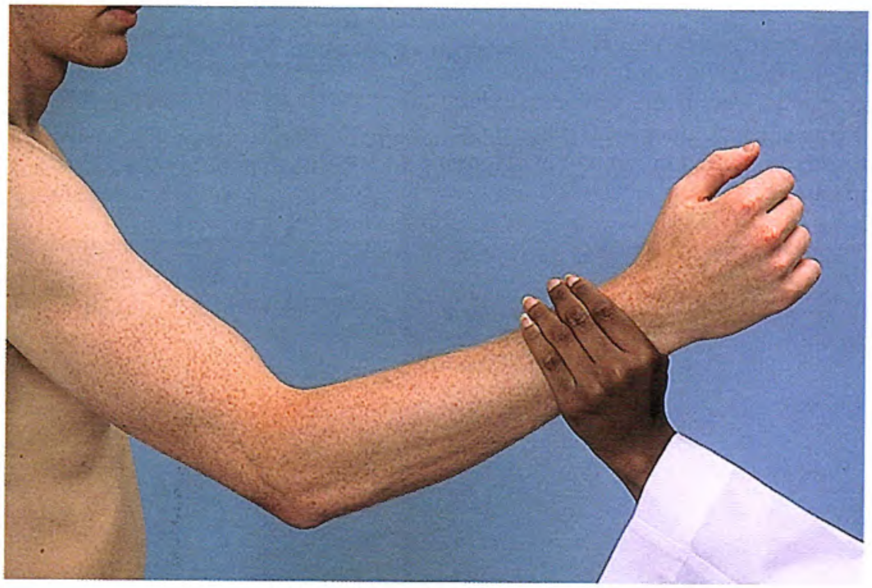
Clinicienii experimentaţi pot realiza distincţii suplimentare folosind semnele plus şi minus adăugate la valorile superioare ale acestei scale. Astfel 4+ indică forţă musculară satisfăcătoare dar nu completă, iar 5- reflectă o slăbiciune uşoară.

Metodele de testare a principalelor grupe musculare sunt descrise mai jos. Inervaţiile rădăcinilor spinale şi muşchii afectaţi sunt notaţi în paranteze. Pentru localizarea leziunilor măduvei spinării sau ale sistemului nervos periferic pot fi necesare teste suplimentare mai precise. Pentru aceste metode specifice consultaţi manuale de neurologie.

Testaţi *flexia* (C5, C6 - biceps) şi *extensia* (C6, C7, C8 - triceps) *la nivelul articulaţiei cotului* solicitând pacientului să împingă şi să tragă mâna examinatoare.



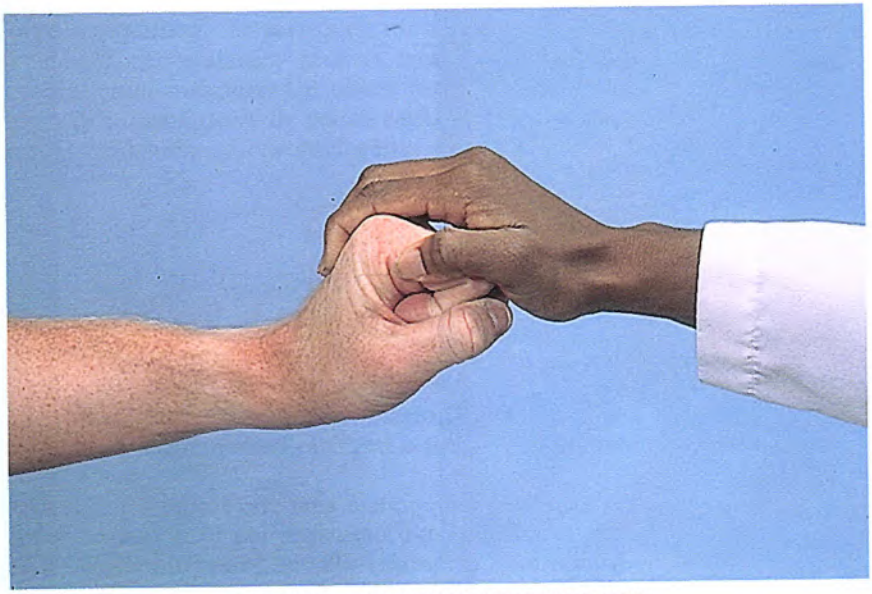
FLEXIA ÎN ARTICULAŢIA COTULUI



EXTENSIA ÎN ARTICULAŢIA COTULUI

Testaţi extensia articulaţiei radiocarpiene (C6, C7, C8, nervul radial – muşchii lung şi scurt extensor radial al carpului) solicitând pacientului să strângă pumnul şi să se opună atunci când încercaţi să îl apăsaţi în jos.

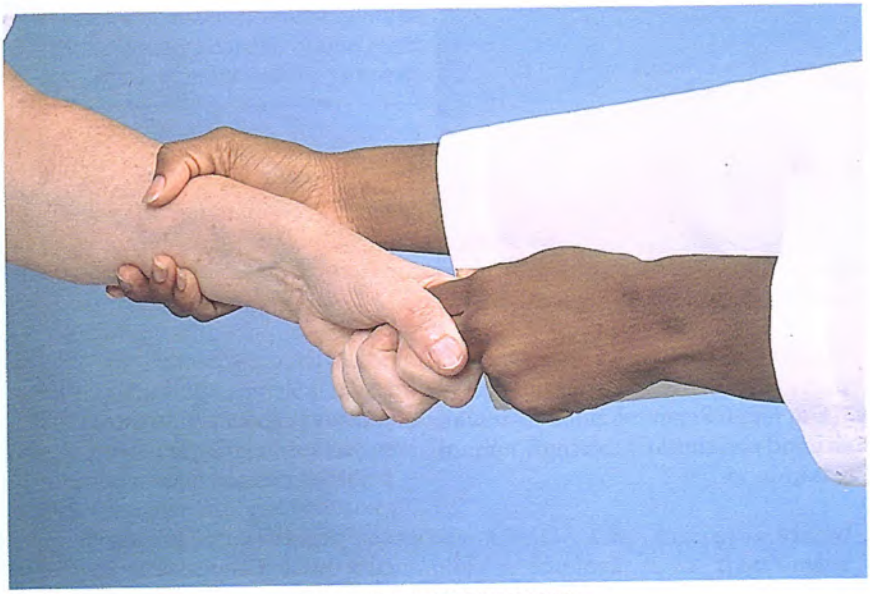
Scăderea capacităţii de extensie se observă în leziunile nervoase periferice precum lezarea nervului radial şi în leziunile nervoase centrale care determină hemiplegie, cum este *AVC* sau *scleroza multiplă*.



EXTENSIA ARTICULAŢIEI RADIOCARPIENE

Testaţi forţa prizei palmare (C7, C8, T1). Cereţi pacientului să vă strângă în palmă două degete cât mai puternic şi să nu le dea drumul. (Pentru a evita durerea provocată de strângerile puternice plasaţi degetul mijlociu peste index.) În mod normal, o priză palmară bună vă împiedică să îndepărtaţi degetele din strânsoarea pacientului. Testarea ambelor prize simultan cu braţele în extensie sau relaxate pe genunchi facilitează compararea.

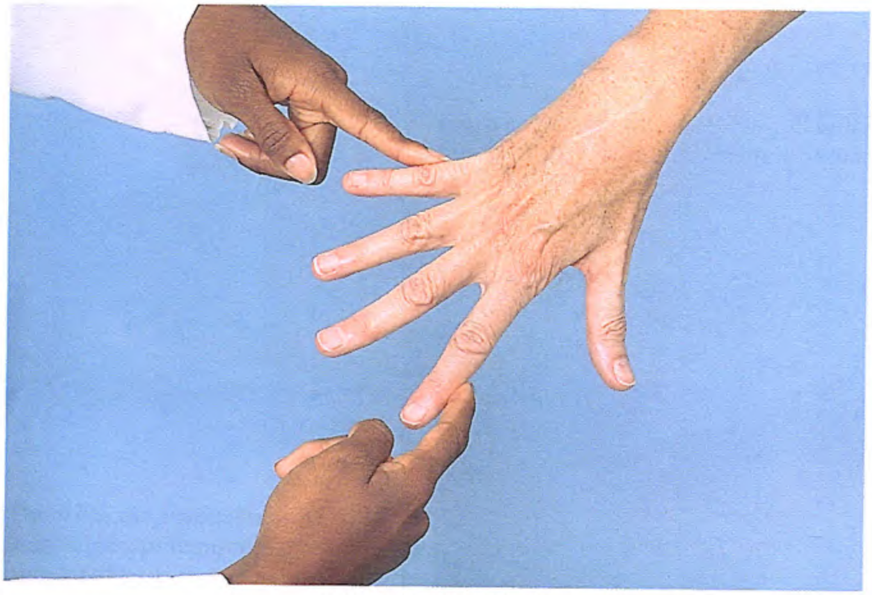
Priză slabă în radiculopatiile cervicale, *tenosinovita de Quervain, sindromul de tunel carpian,* artrită, epicondilită



TESTAREA PRIZEI PALMARE

Testaţi abducţia degetelor (C8, T1, nervul ulnar). Pacientul trebuie să menţină mâna cu palma în jos şi degetele depărtate. Solicitaţi pacientului să nu vă lase să-i mişcaţi degetele, în timp ce încercaţi să le alipiţi.

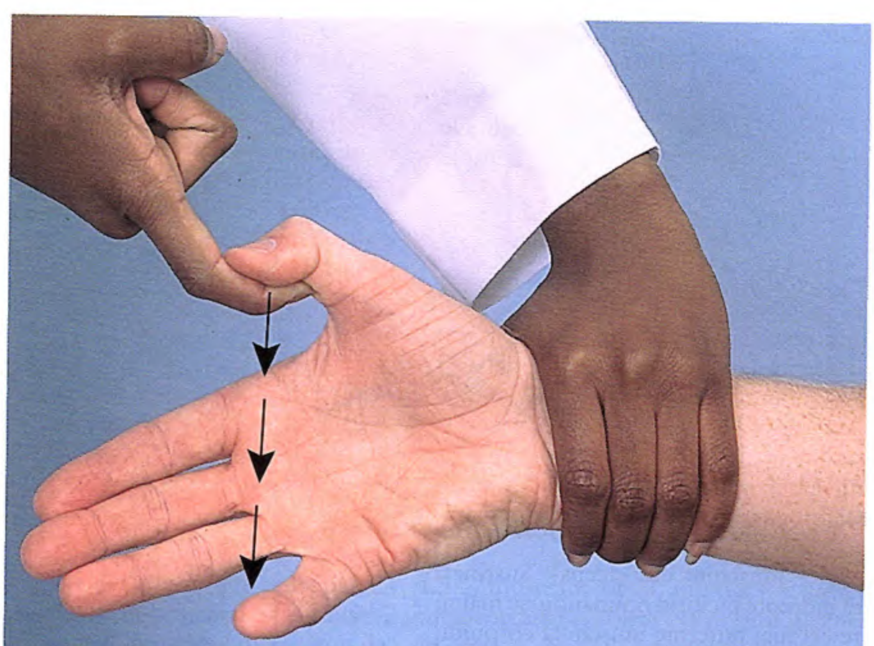
Deficit de abducţie a degetelor în leziuni ale nervului ulnar



ABDUCŢIA DEGETELOR

Testaţi opoziţia policelui (C8, T1, nervul median). Pacientul trebuie să încerce să atingă cu policele vârful degetului mic, împotriva rezistenţei exercitate de examinator.

Deficit de opoziţie a policelui în leziuni ale nervului median, de exemplu în cadrul *sindromului de tunel carpian* (vezi pag. 608).



OPOZIŢIA POLICELUI

Probabil că aţi evaluat deja *forţa musculară la nivelul trunchiului* în cursul altor etape ale examinării, şi anume:

- Flexia, extensia şi înclinarea laterală a coloanei vertebrale şi
- Expansiunea toracică şi excursia diafragmatică în cursul respiraţiei

Testaţi flexia coapsei (L2, L3, L4 – muşchiul iliopsoas): plasaţi palma pe coapsa pacientului şi cereţi acestuia să ridice membrul inferior împotriva forţei opuse de mâna dumneavoastră.



FLEXIA COAPSEI

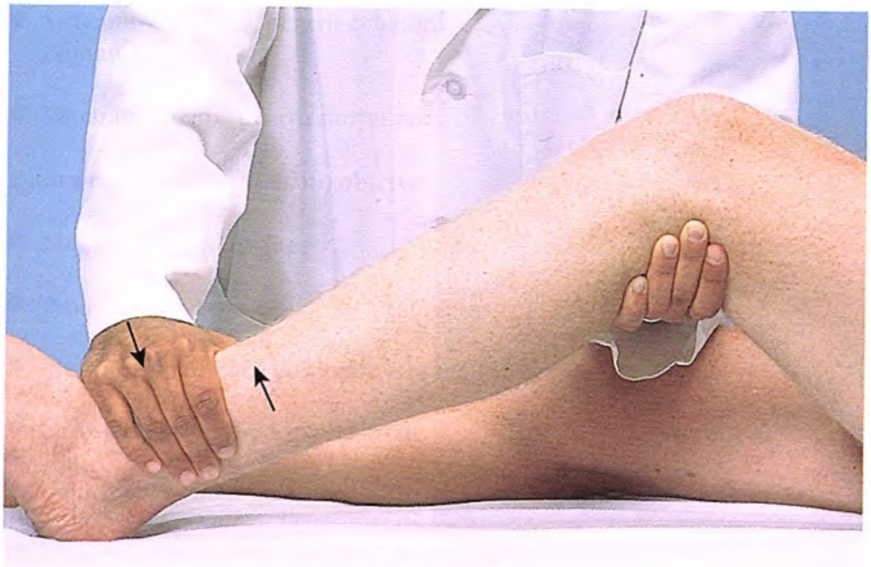
Testaţi adducţia coapselor (L2, L3, L4 – muşchii adductori). Plasaţi palmele ferm pe pat între genunchii pacientului. Solicitaţi pacientului să apropie membrele inferioare.

Deficitul motor simetric al musculaturii proximale sugerează *miopatie* (boală musculară); deficitul motor simetric al musculaturii distale sugerează *polineuropatie* (leziuni ale nervilor periferici).

Testaţi abducţia coapselor (L4, L5, S1 – muşchii fesier mijlociu şi fesier mic). Plasaţi palmele ferm pe pat în lateral faţă de genunchii pacientului. Solicitaţi pacientului să îndepărteze picioarele opunându-se forţei mâinilor dumneavoastră.

Testaţi extensia coapselor (S1 – muşchiul fesier mare). Cereţi pacientului să împingă în jos partea posterioară a coapsei opunându-se mâinii dumneavoastră.

Testaţi extensia genunchiului (L2, L3, L4 - muşchiul cvadriceps). Susţineţi genunchiul în flexie şi cereţi pacientului să îndrepte piciorul opunându-se mâinii dumneavoastră. Muşchiul cvadriceps este cel mai puternic muşchi al corpului, astfel că aşteptaţi-vă la un răspuns puternic.



EXTENSIA GENUNCHIULUI

Testați flexia genunchiului (L4, L5, S1, S2 – musculatura coapsei posterioare: mușchii biceps femural, semimembranos și semitendinos) după cum este ilustrat mai jos. Poziționați membrul inferior al pacientului cu genunchiul în flexie și piciorul așezat pe pat. Cereți pacientului să mențină piciorul pe pat în timp ce încercați să îndreptați membrul inferior.



FLEXIA GENUNCHIULUI

Testați dorsiflexia (în principal L4, L5 – mușchiul tibial anterior) și *flexia plantară* (în principal S1 – mușchii gastrocnemian și solear) la nivelul gleznei solicitând pacientului să împingă în sus și în jos opunându-se mâinii dumneavoastră.



DORSIFLEXIA GLEZNEI



FLEXIA PLANTARĂ A GLEZNEI

Coordonare. Coordonarea mişcărilor musculare necesită integrarea funcţiilor a patru segmente ale sistemului nervos:

- Sistemul motor, pentru forţa musculară
- Sistemul cerebelos (de asemenea parte a sistemului motor), pentru mişcări ritmice şi postură stabilă

În afecţiunile cerebeloase căutaţi semne precum nistagmus, disartrie, hipotonie şi ataxie.

- Sistemul vestibular, pentru echilibru şi coordonarea mişcărilor oculare, ale capului şi corpului
- Sistemul senzitiv, pentru simţul poziţiei

Pentru evaluarea coordonării, observaţi modul în care pacientul execută:

- Mişcări rapid alternante
- Probe de dismetrie
- Mersul şi alte mişcări corporale asociate
- Ortostaţiunea în moduri specificate

Mişcările rapid alternante

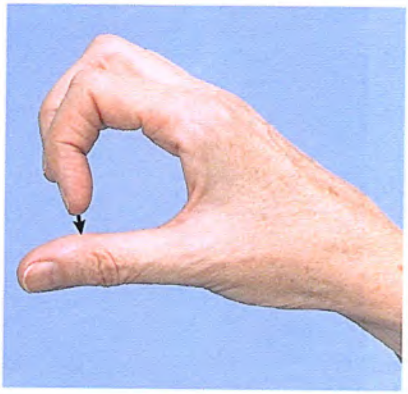
MEMBRE SUPERIOARE. Demonstraţi pacientului următoarele mişcări, pe care apoi el trebuie să le execute: să lovească coapsa cu o mână (suprafaţa palmară), să ridice mâna, să o răsucească şi apoi să lovească din nou în acelaşi loc cu suprafaţa dorsală a mâinii. Pacientul trebuie să repete mişcările alternante cât mai rapid posibil.



Observaţi viteza, ritmul şi continuitatea mişcărilor. Se repetă apoi cu cealaltă mână. În general, performanţa este uşor mai scăzută în cazul mâinii nondominante.

În afecţiunile cerebeloase, o mişcare nu poate fi urmată rapid de mişcarea opusă, iar mişcările sunt lente, neregulate şi neîndemânatice. Această anomalie este denumită *disdiadocochinezie*. Deficitul motor din leziunile motoneuronului central şi ale ganglionilor bazali alterează de asemenea efectuarea mişcărilor rapid alternante, dar nu în acelaşi grad.

Arătaţi pacientului cum să lovească uşor şi repetitiv cu vârful indexului la nivelul articulaţiei distale a propriului police, cât de rapid posibil. Observaţi din nou viteza, ritmul şi continuitatea mişcărilor. Performanţa este uşor mai scăzută în cazul mâinii nondominante.



MEMBRE INFERIOARE. Solicitaţi pacientului să bată în mâna dumneavoastră cât mai rapid cu baza halucelui fiecărui picior, pe rând. Observaţi orice încetinire sau mişcare anormală. În mod normal, performanţa în cazul picioarelor este uşor mai scăzută decât în cazul mâinilor.

Disdiadocochinezie în afecţiunile cerebeloase

Probe de dismetrie (coordonare)

MEMBRE SUPERIOARE: PROBA INDEX-NAS. Solicitaţi pacientului să atingă întâi degetul dumneavoastră şi apoi nasul său, alternativ, de mai multe ori. Mutaţi poziţia degetului astfel încât pacientul să fie nevoit să modifice direcţia şi să extindă braţul complet pentru a-l atinge. Observaţi acurateţea şi fluiditatea mişcărilor şi dacă există tremor. În mod normal, mişcările pacientului sunt fluide, corecte şi ţintite.

În afecţiunile cerebeloase mişcările sunt neîndemânatice, şovăielnice, iar direcţia, forţa şi viteza de execuţie sunt neadecvate. Iniţial este posibil ca degetul să depăşească ţinta, dar în final o atinge satisfăcător, anomalie denumită *dismetrie*. Către finalul mişcării poate apărea un *tremor intenţional* (vezi pag. 720).

Acum ţineţi degetul dumneavoastră pe loc astfel încât pacientul să-l poată atinge cu braţul şi degetul întinse. Cereţi pacientului să ridice braţul deasupra capului şi apoi să-l coboare pentru a vă atinge degetul. După mai multe repetări, instruiţi pacientul să închidă ochii şi să repete mişcarea de câteva ori. Repetaţi şi de cealaltă parte. În mod normal, o persoană poate atinge degetul examinatorului cu ochii deschişi şi închişi. Aceste manevre testează simţul poziţiei, funcţiile cerebelului şi funcţia vestibulară.

Afectarea cerebeloasă determină lipsă de coordonare (ataxie) care se agravează la închiderea ochilor. Dacă este prezentă, aceasta sugerează pierderea simţului poziţiei. Devierea repetitivă şi constantă către o parte, denumită *depăşirea ţintei*, mai accentuată când ochii sunt închişi, sugerează afectare cerebeloasă sau vestibulară.

MEMBRE INFERIOARE: PROBA CĂLCÂI-GENUNCHI. Solicitaţi pacientului să plaseze un călcâi pe genunchiul opus şi apoi să-l gliseze în jos de-a lungul crestei tibiale până la haluce. Observaţi fluiditatea şi acurateţea mişcărilor. Pacientul trebuie să repete manevra cu ochii închişi pentru evaluarea simţului poziţiei. Repetaţi pe partea opusă.

În afectarea cerebeloasă călcâiul depăşeşte genunchiul şi apoi prezintă oscilaţii laterale în timpul alunecării pe creasta tibială. Când simţul poziţiei este alterat, călcâiul urcă prea sus şi pacientul are tendinţa de a deschide ochii în timpul testului. Când ochii sunt închişi, proba este efectuată defectuos.

Mersul. Solicitaţi pacientului:

Tulburările de mers cresc riscul de cădere.

- *Să meargă traversând camera* sau holul, să facă o întoarcere şi să revină. Observaţi postura, echilibrul, balansul braţelor şi mişcările picioarelor. În mod normal menţinerea echilibrului este facilă, braţele se balansează în lateral, iar întoarcerile sunt fluide.

Mersul necoordonat, cu oscilaţii şi instabilitate, se numeşte *ataxic*. Ataxia poate fi consecinţa afectării cerebeloase, pierderii simţului poziţiei, sau a intoxicaţiilor. Vezi Planşa 17–10, Tulburări de mers şi postură (pag. 730).



- Să meargă în linie dreaptă cu un picior în faţa altuia (*mersul călcâi-vârf*) – test denumit *mers în tandem.*

Mersul în tandem poate evidenţa o ataxie inaparentă anterior.

- *Să meargă pe vârfuri* şi apoi *pe călcâie* – teste sensibile pentru flexia plantară şi, respectiv, dorsiflexia gleznei, dar şi pentru echilibru.

Mersul pe vârfuri şi pe călcâie poate evidenţia deficit motor distal la nivelul membrelor inferioare. Incapacitatea de a merge pe călcâie este un test sensibil pentru leziunile de tract corticospinal.

- *Să sară pe loc* pe fiecare picior pe rând (dacă starea clinică a pacientului permite). Acţiunea de a sări implică atât musculatura proximală a membrelor inferioare cât şi pe cea distală, şi necesită un bun simţ al poziţiei şi funcţie cerebeloasă normală.

Dificultatea de a sări poate sugera deficit motor, abolirea simţului poziţiei sau disfuncţie cerebeloasă.

- *Să îndoaie uşor genunchii,* mai întâi un picior, apoi celălalt. Susţineţi pacientul la nivelul cotului dacă consideraţi că există risc de cădere.



În acest caz dificultatea sugerează deficit motor proximal (extensorii coapsei), deficit motor al cvadricepsului (extensorul genunchiului), sau ambele.

- *Ridicarea din poziţie şezândă* fără sprijinul braţelor şi *urcatul pe un scaun* rezistent sunt teste mai potrivite decât săriturile şi îndoirea genunchilor la pacienţii vârstnici sau fragili.

Deficitul motor proximal care implică centura pelvină şi membrele inferioare determină dificultăţi în execuţia ambelor probe.

Ortostaţiunea. Următoarele două teste pot fi deseori efectuate simultan. Se deosebesc numai prin poziţia braţelor pacientului şi prin ceea ce urmărim. În fiecare caz, staţi aproape de pacient pentru a preveni căderea acestuia.

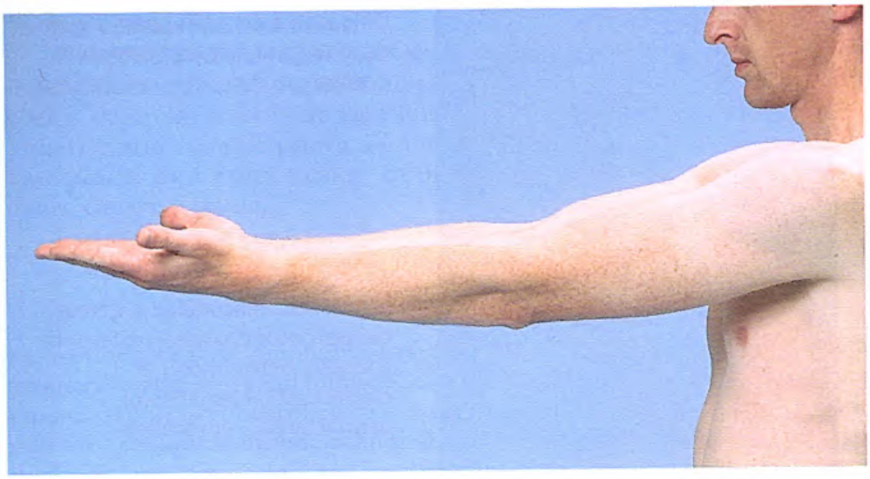
TESTUL ROMBERG. Acesta este în principal un test al simţului poziţiei. Pacientul trebuie să stea întâi cu picioarele lipite şi ochii deschişi, iar apoi să închidă ambii ochi timp de 30-60 de secunde, fără sprijin. Observaţi capacitatea pacientului de a-şi menţine postura. În mod normal se observă numai oscilaţii minime.

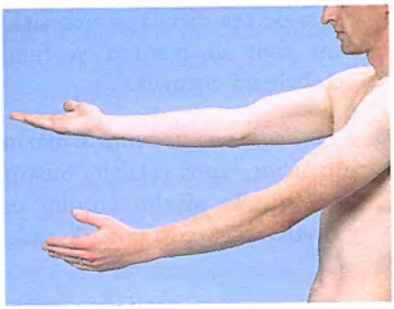
În ataxia din leziunile cordoanelor dorsale şi pierderea simţului poziţiei, vederea compensează tulburările sensibilităţii proprioceptive. Pacientul menţine ortostaţiunea relativ bine cu ochii deschişi, dar echilibrul se pierde la închiderea ochilor, acesta fiind un *semn Romberg pozitiv*. În *ataxia cerebeloasă*, pacientul nu poate menţine ortostaţiunea cu picioarele lipite indiferent dacă ochii sunt deschişi sau închişi.

TESTUL DEVIERII ÎN PRONAŢIE. Pacientul trebuie să stea în picioare timp de 20–30 de secunde cu ambele braţe întinse în faţă, palmele orientate în sus şi ochii închişi. La persoanele care nu pot menţine ortostaţiunea, devierea în pronaţie poate fi testată şi în poziţie şezândă. În oricare din cazuri, o persoană normală poate menţine această poziţie a braţelor.

Acum, în timp ce pacientul menţine braţele întinse şi ochii închişi, după cum este ilustrat pe pagina următoare, *apăsaţi brusc pe braţe în jos.* În mod normal, braţele pacientului vor reveni uşor la orizontală. Acest răspuns necesită forţă musculară, coordonare şi un simţ al poziţiei intact.

Devierea în pronaţie reprezintă pronaţia unui antebraţ. Este un test specific şi sensibil pentru leziunile de tract corticospinal cu originea în emisfera controlaterală. De asemenea, se poate produce şi devierea în jos a braţului cu flexia degetelor şi a cotului.[39]





Devierea laterală sau în sus, uneori cu mişcări de căutare ori de răsucire a mâinilor, sugerează dispariţia simţului poziţiei; este posibil ca pacientul să nu recunoască devierea, iar dacă i se atrage atenţia să corecteze poziţia, o realizează deficitar. În ataxia cerebeloasă, braţul revine la poziţia iniţială dar depăşeşte ţinta sau ricoşează.

SISTEMUL SENZITIV

Pentru a evalua sistemul senzitiv, veţi testa mai multe tipuri de sensibilitate:

- Sensibilitatea dureroasă şi termică (tracturi spinotalamice)
- Simţul poziţiei şi al vibraţiei (cordoane posterioare)
- Sensibilitatea tactilă fină (ambele căi)
- Sensibilitate discriminativă, care depinde de unele dintre tipurile de sensibilitate de mai sus, dar implică şi cortexul.

Familiarizaţi-vă cu fiecare tip de test astfel încât să le puteţi utiliza atunci când acestea sunt indicate. Anomaliile pe care le observaţi trebuie corelate cu activitatea motorie şi reflexă. Rezultatele evaluării pacientului ar trebui să răspundă la următoarele întrebări: leziunea subiacentă este centrală sau periferică? Tulburarea de sensibilitate este bilaterală sau unilaterală? Tiparul sugerează o distribuţie dermatomerică, o polineuropatie, sau un sindrom medular spinal cu dispariţia sensibilităţii dureroase şi termice, dar cu păstrarea simţului tactil şi al vibraţiei? Pentru un diagnostic fizic aprofundat trebuie să vă însuşiţi modalităţile complexe de prezentare ale sindroamelor senzitive, iar în timp vă veţi rafina tehnica de examinare.

Vezi Planşa 17–9, Tulburări ale sistemului nervos central şi periferic (pag. 727-729).

Consultaţi manualele din Bibliografie, pag. 712-713, pentru informaţii privind *sindroamele medulare* cu tulburări senzitive încrucişate, atât ipsi- cât şi controlaterale faţă de leziunea medulară.

Modalități de testare. Deoarece testarea sensibilității devine rapid obositoare pentru mulți pacienți, determinând rezultate eronate, coordonați examinarea cât mai eficient posibil. Fiți atenți în special la zonele în care (1) există simptome precum amorțeală sau durere, (2) există anomalii motorii sau reflexe care sugerează o leziune medulară sau de sistem nervos periferic, și (3) există modificări trofice, cum ar fi sudorație absentă sau abundentă, tegumente atrofice sau ulcerație cutanată. Frecvent este necesară repetarea testării cu altă ocazie pentru a confirma modificările.

Prin delimitarea corectă a tulburărilor senzitive se poate stabili nivelul leziunii medulare și se poate determina dacă o leziune periferică se află la nivelul unei rădăcini nervoase, a unui nerv periferic major sau a uneia din ramurile sale.

Următoarele modele de testare vă ajută să identificați eficient și cu acuratețe deficitele senzitive.

- *Comparați regiuni simetrice* din cele două jumătăți ale corpului, inclusiv membre superioare, membre inferioare și trunchi.

Deficit senzitiv la nivelul unui hemicorp prin leziune medulară sau de căi superioare

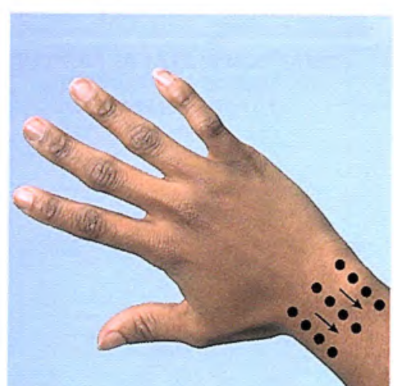
- Pentru testarea sensibilității dureroase, termice și tactile, *comparați* de asemenea *regiunile distale și proximale* ale extremităților. În plus, aplicați stimulii astfel încât să testați majoritatea dermatoamelor și principalii nervi periferici (vezi pag. 694-695). Există mai multe modele de testare, dintre care vă sugerăm pe următorul: ambii umeri (C4), fețele medială și laterală ale antebrațelor (C6 și T1), policele și degetele mici de la mâini (C6 și C8), partea anterioară a coapselor (L2), fețele medială și laterală ale gambelor (L4 și L5), degetele mici de la picioare (S1) și suprafața medială a fiecărei fese (S3).

Deficitul senzitiv simetric la nivel distal sugerează o *polineuropatie,* după cum se descrie în exemplul de la pagina următoare. Acest aspect vă poate scăpa dacă nu comparați regiunile distale cu cele proximale.

- Pentru testarea sensibilității vibratorii și proprioceptive, testați întâi degetele de la mâini și de la picioare. Dacă acestea sunt normale, puteți presupune că și ariile proximale sunt normale.

- *Variați ritmul testării.* În acest fel pacientul nu va răspunde pur și simplu la ritmul dumneavoastră repetitiv.

- Atunci când detectați o arie cu hipo- sau hipersensibilitate, *delimitați această arie* cu precizie. Inițial aplicați stimulul într-un punct cu sensibilitate diminuată, apoi îndepărtați-vă progresiv până când pacientul percepe stimulul. În dreapta este prezentat un exemplu.



În cazul de față toate tipurile de sensibilitate la nivelul mâinii sunt abolite. Testarea repetitivă în direcție proximală evidențiază o modificare progresivă către sensibilitate normală la nivelul articulației radiocarpiene. Această distribuție nu corespunde nici unui nerv periferic, și nici unui dermatom (vezi pag. 694-695). Dacă anomalia este prezentă bilateral, sugerează hipoestezia sau anestezia "în mănuși și șosete" din *polineuropatie,* observată frecvent în *alcoolism* și *diabet zaharat.*

Prin identificarea distribuției anomaliilor senzitive și a tipurilor de sensibilitate afectate, puteți deduce localizarea leziunii cauzatoare. Orice deficit motor sau anomalie reflexă ajută de asemenea în procesul de localizare.

Înaintea fiecăruia dintre următoarele teste, arătați pacientului ce urmează să faceți și care sunt răspunsurile pe care le urmăriți. Dacă nu se precizează altfel, pacientul trebuie să țină ochii închiși în timpul testării.

Sensibilitatea dureroasă. Utilizaţi un ac de testare, un beţişor de lemn rupt sau alt instrument adecvat. Folosiţi alternativ capătul ascuţit şi pe cel bont. Întrebaţi pacientul "Este ascuţit sau bont?" sau, atunci când comparaţi, "Se simte la fel?". Aplicaţi cea mai mică presiune necesară pentru a simţi stimulul, dar fără a produce excorierea tegumentului.

Analgezia reprezintă absenţa sensibilităţii dureroase, *hipoalgezia* reprezintă diminuarea sensibilităţii dureroase şi *hiperalgezia* se referă la creşterea sensibilităţii dureroase.

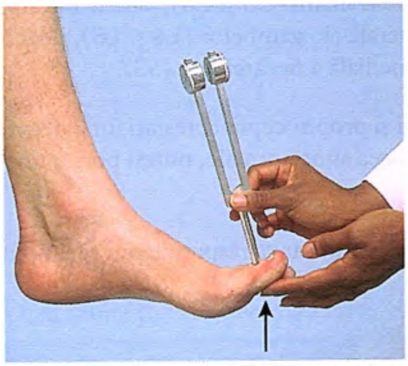
Pentru a preveni transmiterea infecţiilor prin picături de sânge, *respectaţi măsurile de siguranţă când aruncaţi acul sau instrumentul folosit. Nu îl utilizaţi la un alt pacient.*

Sensibilitatea termică. Testarea sensibilităţii termice este deseori omisă dacă sensibilitatea dureroasă este normală, dar dacă există îndoieli trebuie inclusă. Utilizaţi două eprubete, una plină cu apă rece şi cealaltă cu apă fierbinte, sau un diapazon încălzit sau răcit cu apă. Atingeţi tegumentul şi solicitaţi pacientului să precizeze dacă este "cald" sau "rece".

Sensibilitatea tactilă fină. Cu un tampon de vată atingeţi uşor tegumentul, fără să exercitaţi presiune. Cereţi pacientului să precizeze când simte atingerea şi să compare regiunile. Trebuie evitată testarea zonelor tegumentare cu calus, deoarece acestea sunt lipsite de sensibilitate.

Anestezia reprezintă absenţa sensibilităţii tactile, *hipoestezia* reprezintă diminuarea sensibilităţii tactile şi *hiperestezia* se referă la creşterea sensibilităţii tactile.

Sensibilitatea vibratorie. Utilizaţi un diapazon de frecvenţă joasă, 128 Hz. Loviţi diapazonul de mâna dumneavoastră şi plasaţi-l pe o articulaţie interfalangiană distală a pacientului, apoi pe articulaţia interfalangiană a halucelui. Întrebaţi pacientul ce simte. Pacientul trebuie să-şi concentreze atenţia asupra vibraţiilor, nu asupra presiunii cutanate a diapazonului. Dacă sensibilitatea vibratorie este afectată, continuaţi testarea la nivelul proeminenţelor osoase proximale (e.g., articulaţia pumnului, a cotului, maleola medială, rotula, spina iliacă anterosuperioară, procese spinoase, clavicule).



DIAPAZON PLASAT PE PANICULUL ADIPOS AL HALUCELUI, NU PE RELIEFUL OSOS

Sensibilitatea vibratorie este de obicei primul tip de sensibilitate care este alterat în neuropatia periferică. Cauzele frecvente includ *diabetul zaharat* şi *alcoolismul*. Sensibilitatea vibratorie este de asemenea abolită în bolile cu afectarea cordoanelor posterioare, precum *sifilisul terţiar* sau *deficienţa de vitamină* B_{12}.

Testarea sensibilităţii vibratorii la nivelul trunchiului poate fi utilă pentru estimarea nivelului la care se află leziunea medulară.

Sensibilitatea proprioceptivă (simţul poziţiei). Prindeţi halucele pacientului între police şi index, *cu priză pe părţile laterale*, şi îndepărtaţi-l de celelalte degete. (Aceste precauţii evită stimularea tactilă nedorită care ar putea indica modificările de poziţie, modificări care altfel nu ar fi fost detectate). Mobilizaţi halucele în sus şi în jos pentru a demonstra pacientului ce înseamnă "sus" şi "jos". Apoi, în timp ce pacientul ţine ochii închişi, mişcaţi halucele şi cereţi pacientului să precizeze dacă mişcarea este "în sus" sau "în jos".



Tulburări ale sensibilităţii proprioceptive, ca şi ale sensibilităţii vibratorii, în *tabes dorsal, scleroza multiplă*, sau *deficienţa de vitamină* B_{12} prin afectarea cordoanelor posterioare; şi în neuropatia periferică din diabetul zaharat.

Repetaţi de mai multe ori pe fiecare parte, evitând simpla alternare a stimulilor. Dacă sensibilitatea proprioceptivă este afectată, deplasaţi-vă proximal şi testaţi la nivelul articulaţiei gleznei. În mod similar evaluaţi simţul poziţiei la nivelul degetelor mâinii, testând proximal articulaţiile metacarpofalangiene, articulaţia radiocarpiană şi a cotului.

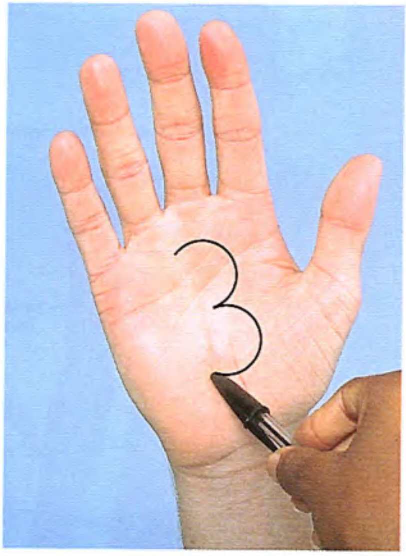
Atunci când sensibilitatea tactilă şi simţul poziţiei sunt normale sau doar uşor alterate, o diminuare disproporţionată sau pierderea sensibilităţii discriminative sugerează afectarea cortexului senzitiv. Stereognozia, identificarea cifrelor/literelor şi discriminarea între două puncte sunt de asemenea alterate în bolile care afectează cordoanele posterioare.

Sensibilitatea discriminativă. Există mai multe tehnici suplimentare care testează capacitatea cortexului senzitiv de a corela, analiza şi interpreta impulsurile senzitive. Deoarece sensibilitatea discriminativă depinde de sensibilităţile tactilă şi proprioceptivă, testarea acesteia este utilă atunci când cele două sunt intacte sau numai uşor alterate.

Evaluaţi pacientul cu *stereognozie* şi utilizaţi teste adiţionale dacă este cazul. În timpul efectuării acestor teste pacientul trebuie să menţină ochii închişi.

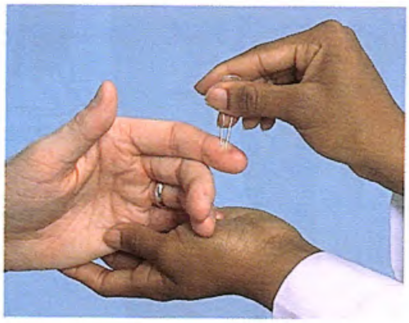
- *Stereognozia*. Stereognozia se referă la capacitatea de a identifica un obiect prin palpare. Plasaţi în mâna pacientului un obiect obişnuit - o monedă, o agrafă de hârtie, o cheie, un creion, sau un tampon de vată - şi solicitaţi acestuia să vă spună ce este. În mod normal pacientul îl va identifica corect în 5 secunde. Cereţi pacientului să recunoască cele două feţe ale unei monede ("cap" şi "pajură"), acesta fiind un test sensibil pentru stereognozie.

Astereognozia (agnozia tactilă) se referă la incapacitatea de a recunoaşte obiecte plasate în mână.



- *Identificarea cifrelor (grafestezie).* Atunci când afectarea motorie, artrita sau alte afecţiuni împiedică pacientul să manipuleze suficient de bine obiectul pentru a-l identifica, testaţi capacitatea acestuia de a identifica cifre sau litere. Folosind capătul bont al unui pix sau creion, desenaţi o cifră mare pe palma pacientului. O persoană normală poate identifica aceste cifre.

Incapacitatea de a recunoaşte cifrele desenate în palmă, ca şi astereognozia, sugerează o leziune în cortexul senzitiv.



- *Discriminarea între două puncte.* Folosind două capete ale unei agrafe de hârtie deschise, atingeţi pulpa degetului simultan în două puncte. Alternaţi dubla stimulare cu o atingere simplă punctiformă. Fiţi atenţi să nu produceţi leziuni.

Găsiţi distanţa minimă la care pacientul poate deosebi două puncte distincte (în mod normal această distanţă este <5 mm la nivelul pulpei degetelor). Acest test poate fi utilizat şi în cazul altor segmente corporale, însă distanţele normale variază mult de la un segment la altul.

Leziunile cortexului senzitiv determină creşterea distanţei între două puncte recunoscute independent.

- *Testul de localizare a atingerii.* Atingeţi scurt un punct pe tegumentul pacientului. Apoi solicitaţi pacientului să deschidă ochii şi să indice locul atins. În mod normal o persoană indică locul cu acurateţe. Acest test, împreună cu testul "de extincţie", este util în special la nivelul trunchiului şi al membrelor inferioare.

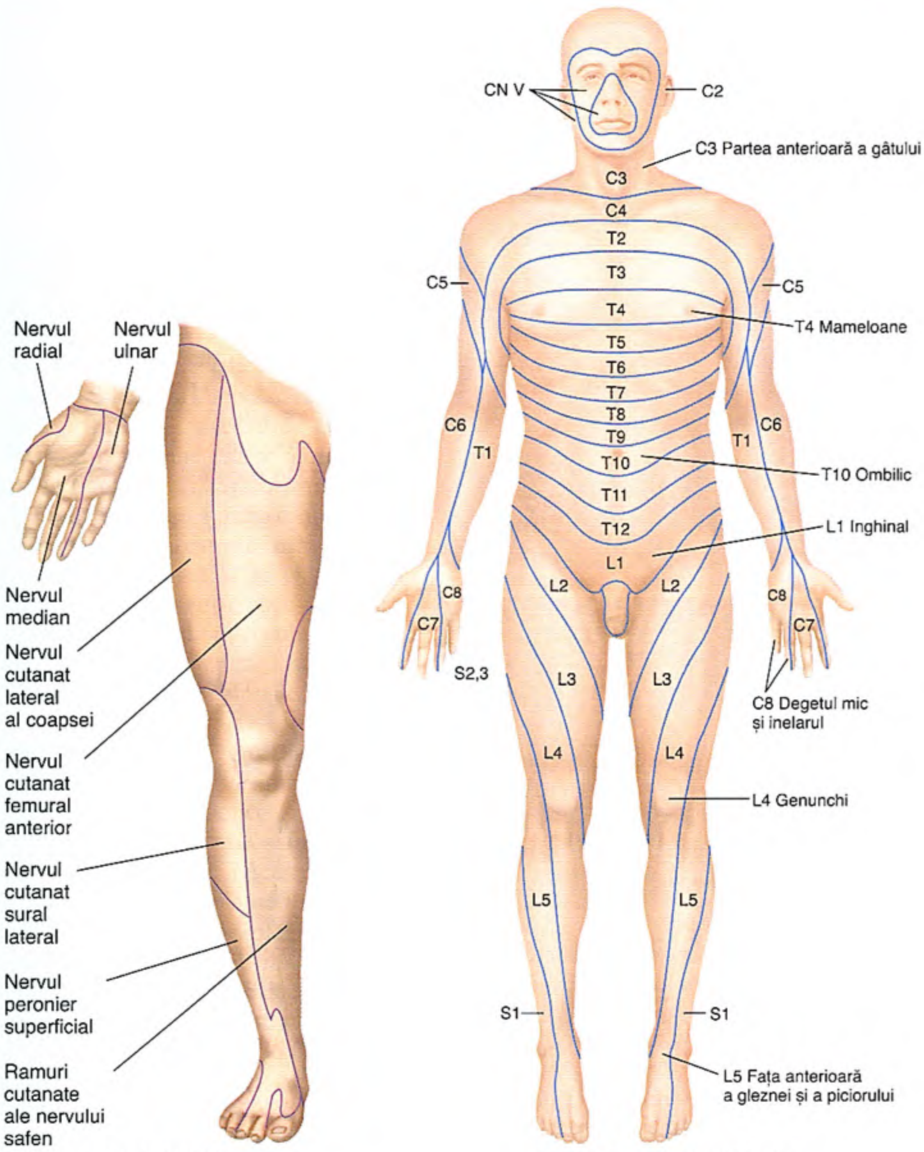
Leziunile cortexului senzitiv afectează capacitatea de a localiza atingerea cu acurateţe.

- *Extincţia (stingere, sau ignorare).* Stimulaţi simultan arii similare pe ambele hemicorpuri. Solicitaţi pacientului să indice unde simte atingerea. În mod normal ambii stimuli sunt percepuţi.

În leziunile de cortex senzitiv poate fi recunoscut numai un stimul. Stimulul aplicat pe hemicorpul opus cortexului lezat este ignorat.

Dermatoamele. Cunoaşterea dermatoamelor facilitează localizarea leziunilor neurologice la un nivel specific al măduvei spinării, în special în cazul leziunilor medulare. *Dermatomul este o arie tegumentară inervată de o rădăcină senzitivă a unui singur nerv spinal.* Distribuţia dermatoamelor este ilustrată în

În leziunile măduvei spinării, nivelul senzitiv poate fi situat cu câteva segmente *mai jos* decât leziunea medulară, din motive care nu sunt complet elucidate. Palparea vertebrală pentru stabilirea nivelului dureros poate fi de ajutor.[38]

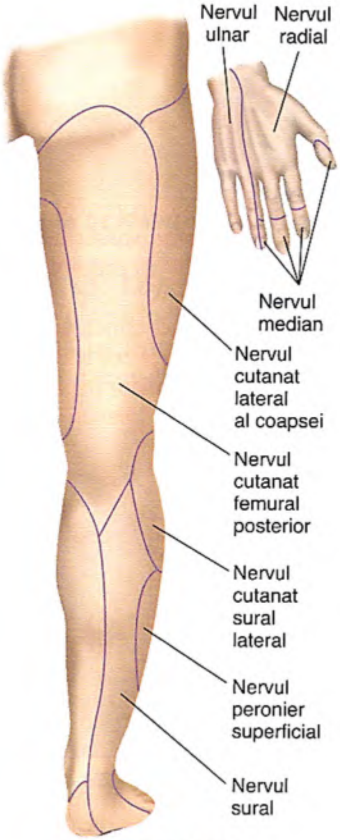


ARII INERVATE DE NERVII PERIFERICI

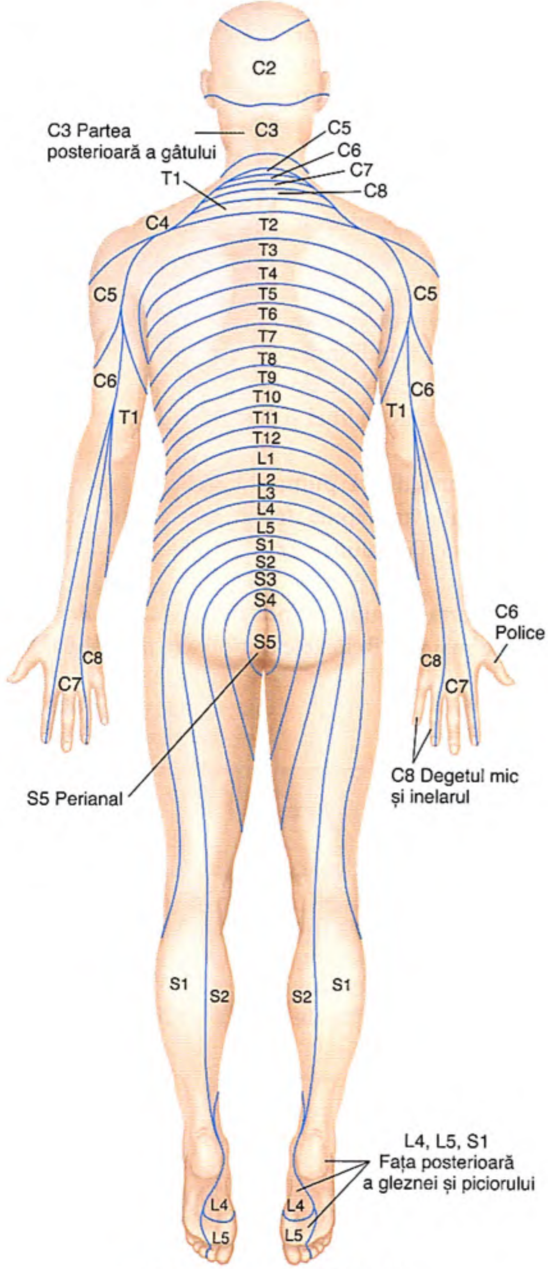
DERMATOAME INERVATE DE RĂDĂCINILE POSTERIOARE

următoarele două figuri, pe baza standardizării internaţionale recomandate de American Spinal Injury Association.[40] Nivelurile dermatoamelor sunt mai variabile decât cele sugerate în aceste diagrame. Ele se suprapun la nivelul marginilor superioare şi inferioare şi în mică măsură la nivelul liniei mediane.

Nu încercaţi să memoraţi toate dermatoamele, ci doar anumite dermatoame, cum sunt cele menţionate în partea dreaptă a diagramelor. Distribuţia unor nervi periferici principali este ilustrată în inserturile din stânga diagramelor.



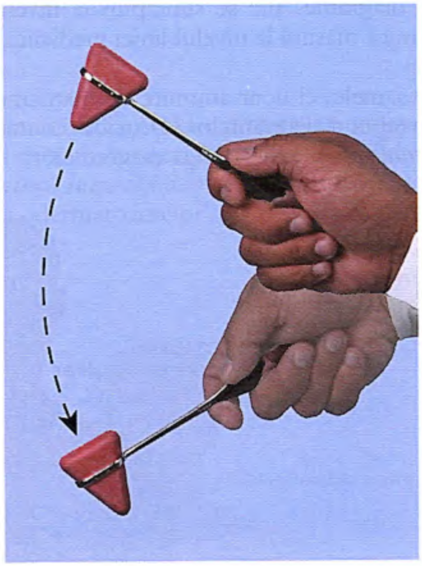
ARII INERVATE DE NERVII PERIFERICI



DERMATOAME INERVATE DE RĂDĂCINILE POSTERIOARE

REFLEXELE OSTEOTENDINOASE

Testarea *reflexelor osteotendinoase (ROT)* se realizează prin mai multe tehnici de examinare. Asiguraţi-vă că utilizaţi un ciocănel de reflexe cu o greutate corespunzătoare. Învăţaţi în ce situaţie se foloseşte capătul ascuţit sau cel lat. De exemplu, capătul ascuţit este util pentru lovirea unor regiuni mici, cum ar fi degetul examinator situat deasupra tendonului bicipital. Acum testaţi reflexele după cum urmează:



- Recomandaţi pacientului să se relaxeze, apoi poziţionaţi adecvat membrele, simetric.
- Susţineţi lejer ciocănelul de reflexe între police şi index astfel încât acesta să se mişte liber pe un arc de cerc imprimat de mişcările palmei şi celorlalte degete.
- În timp ce ţineţi articulaţia pumnului relaxată, percutaţi uşor şi brusc tendonul, printr-o mişcare rapidă de balans din articulaţie. Lovitura trebuie să fie rapidă şi directă, fără alunecare.
- Observaţi viteza, forţa şi amplitudinea răspunsului reflex şi notaţi răspunsul conform scalei de mai jos. Reflexele se notează pe o scală de la 0 la 4+.[41]

Reflexe hiperactive (hiperreflexie) în leziunile sistemului nervos central la nivelul tractului corticospinal descendent. Căutaţi semne asociate sugestive pentru leziuni ale motoneuronilor centrali: deficit motor, spasticitate, sau semn Babinski prezent.

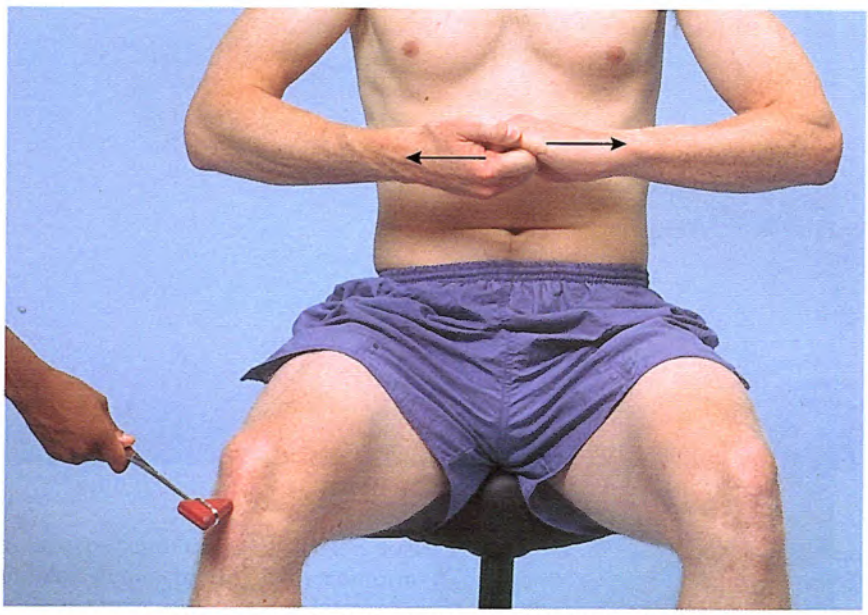
Reflexe diminuate sau absente (hiporeflexie sau areflexie) în leziunile rădăcinilor nervilor spinali, nervilor spinali, plexurilor sau nervilor periferici. Căutaţi semne asociate sugestive pentru leziuni ale motoneuronilor periferici: deficit motor, atrofie şi fasciculaţii.[38]

SCALA DE GRADARE A REFLEXELOR

4+	foarte brutale, hiperactive, cu *clonus* (oscilaţii ritmice între flexie şi extensie)
3+	mai brutale decât media (hiperreflexie); posibil indică o patologie, dar nu în mod obligatoriu
2+	mediu; normal (normoreflexie)
1+	relativ diminuate; diminuate normal (hiporeflexie)
0	fără răspuns (areflexie)

Răspunsul reflex depinde parţial de forţa stimulării. Nu utilizaţi o lovitură mai puternică decât cea necesară provocării unui răspuns clar. Diferenţele între hemicorpuri sunt de obicei mai uşor de evaluat decât modificările simetrice. La persoanele normale pot fi întâlnite reflexe diminuate sau absente bilateral.

Manevra de amplificare (întărire). Dacă reflexele pacientului sunt diminuate simetric sau absente, utilizaţi manevre de *amplificare*, care presupun contracţia izometrică a altor muşchi timp de maxim 10 secunde, cu scopul creşterii activităţii reflexe. De exemplu, în scopul testării reflexelor membrului superior, solicitaţi pacientului să încleşteze dinţii sau să strângă coapsa cu mâna opusă, în timp ce acţionaţi ciocănelul. În cazul testării membrului inferior, dacă reflexele sunt diminuate sau absente, solicitaţi pacientului să îşi unească mâinile deasupra toracelui şi să tragă de acestea în direcţii opuse; în acest timp, percutaţi tendonul prin acţionarea ciocănelului de reflexe (a se vedea figura de mai jos).



MANEVRA DE AMPLIFICARE PENTRU REFLEXUL ROTULIAN

Reflexul bicipital (C5, C6). Braţul pacientului trebuie să fie flectat parţial la nivelul cotului, cu palma îndreptată în jos. Plasaţi ferm policele sau indexul pe tendonul bicipital al pacientului. Percutaţi cu ciocănelul la nivelul indexului, astfel încât lovitura este transmisă prin degetul aflat pe tendonul bicipital.



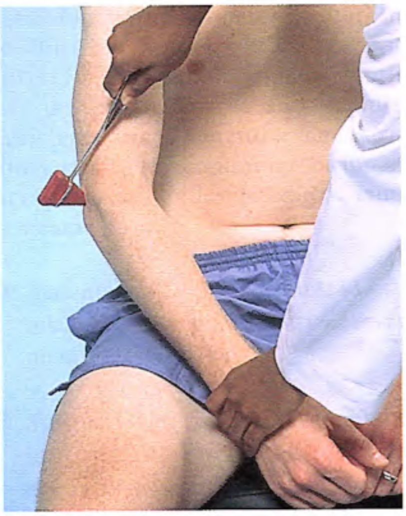
PACIENT ÎN POZIŢIE ŞEZÂNDĂ



PACIENT ÎN DECUBIT DORSAL

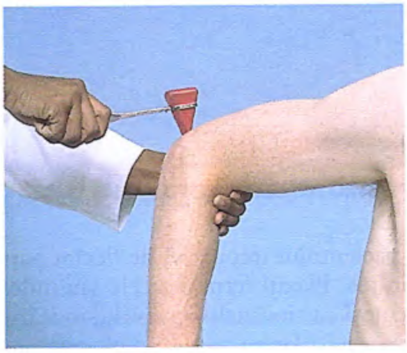
Observaţi flexia în articulaţia cotului şi urmăriţi sau palpaţi contracţia muşchiului biceps la stimulare.

Reflexul tricipital (C6, C7). Pacientul poate sta în poziţie şezândă sau în clinostatism. Flectaţi braţul pacientului în articulaţia cotului, cu palma orientată către corp şi antebraţul deasupra toracelui. Percutaţi direct tendonul tricipital deasupra cotului, dinspre posterior. Urmăriţi contracţia muşchiului triceps la stimulare şi extensia cotului.





Dacă pacientul nu se poate relaxa, susţineţi braţul acestuia conform ilustraţiei din dreapta. Solicitaţi pacientului să lase liber braţul, ca şi cum "ar atârna la uscat". Apoi percutaţi tendonul tricipital.



Reflexul supinator sau brahioradial (C5, C6). Membrul superior al pacientului este flectat, cu mâna aşezată pe abdomen sau pe coapsă şi antebraţul parţial în pronaţie. Percutaţi radiusul cu unul dintre capetele ciocănelului de reflexe, la o distanţă de 2,5-5 cm deasupra articulaţiei pumnului. Urmăriţi flexia şi supinaţia antebraţului.



Reflexul rotulian (L2, L3, L4). Pacientul poate sta în poziţie şezândă sau în clinostatism, cu genunchiul în flexie. Percutaţi brusc tendonul rotulian imediat sub rotulă. Observaţi contracţia muşchiului cvadriceps şi extensia genunchiului. Prin plasarea mâinii pe faţa anterioară a coapsei pacientului veţi putea simţi acest răspuns reflex.



PACIENT ÎN POZIŢIE ŞEZÂNDĂ

În cazul pacientului aflat în decubit dorsal pot fi folosite două metode. Susţinerea ambilor genunchi simultan, conform ilustraţiei din stânga jos, vă permite evaluarea unor mici diferenţe între reflexele rotuliene prin testarea pe rând a unui reflex şi apoi a celuilalt. Totuşi, susţinerea ambelor membre inferioare este inconfortabilă atât pentru pacient cât şi pentru examinator. Ca alternativă, puteţi să vă poziţionaţi mâna sub piciorul pacientului, conform ilustraţiei din dreapta jos; unii pacienţii se relaxează mai uşor când se foloseşte această manevră.





Reflexul achilean (S1 în principal). Pacientul se află în poziţie şezândă, relaxat, cu piciorul aflat în dorsiflexie la nivelul gleznei. Percutaţi direct tendonul lui Achille. Urmăriţi şi palpaţi flexia plantară la nivelul gleznei. Observaţi de asemenea viteza relaxării după contracţia musculară.

Încetinirea fazei de relaxare a reflexelor din *hipotiroidism* este uşor de observat şi palpat în cazul reflexului achilean.



PACIENT ÎN POZIŢIE ŞEZÂNDĂ

Pacientul este aşezat în decubit dorsal, cu un membru inferior flectat la nivelul articulaţiei şoldului şi a genunchiului şi în rotaţie externă astfel încât partea inferioară a piciorului se sprijină pe gamba opusă. Efectuaţi dorsiflexia piciorului la nivelul gleznei şi percutaţi tendonul lui Achille.



PACIENT ÎN DECUBIT DORSAL

Clonusul. Dacă reflexele sunt hiperactive, testaţi *clonusul gleznei*. Susţineţi cu o mână genunchiul pacientului într-o poziţie de flexie parţială. Cu cealaltă mână, efectuaţi dorsiflexia şi flexia plantară a piciorului de câteva ori încurajând pacientul să se relaxeze, după care efectuaţi brusc dorsiflexia piciorului şi menţineţi această dorsiflexie. Urmăriţi şi palpaţi oscilaţiile ritmice între dorsiflexie şi flexie plantară.

Clonusul susţinut indică leziune de sistem nervos central. Glezna realizează în mod repetat şi ritmic dorsiflexie şi flexie plantară.

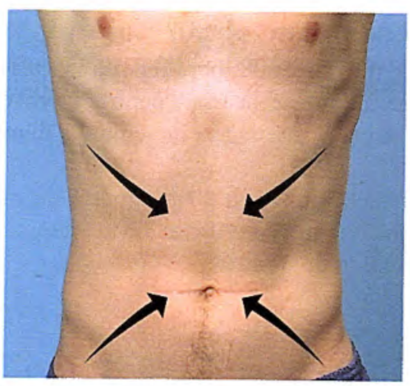
La majoritatea persoanelor normale, glezna nu reacţionează la această stimulare. Uneori pot fi observate sau palpate câteva contracţii clonice, mai ales atunci când pacientul este încordat sau după exerciţiu fizic.

Clonusul poate fi declanşat şi la alte articulaţii. Împingerea prin apăsare bruscă în jos a rotulei poate declanşa clonusul genunchiului.



REFLEXELE DE STIMULARE CUTANATĂ

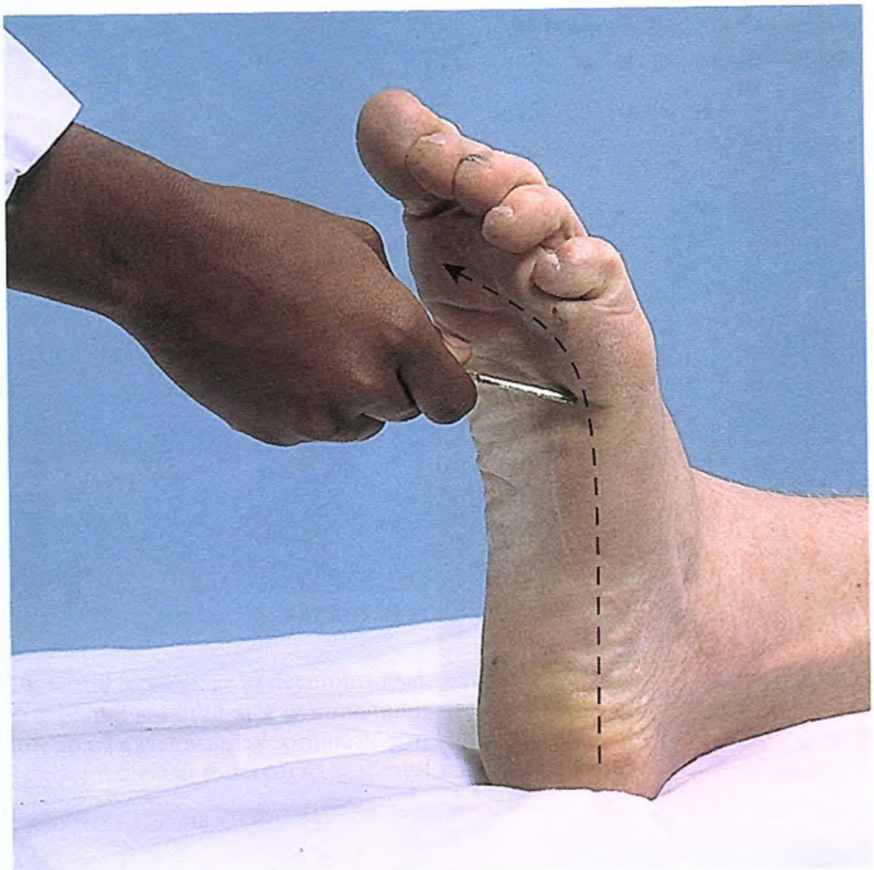
Reflexele abdominale. Testaţi reflexele abdominale prin atingerea bruscă dar uşoară a fiecărei jumătăţi a abdomenului, superior de (T8, T9, T10) şi inferior de ombilic (T10, T11, T12), în direcţiile ilustrate prin săgeţi. Puteţi utiliza o cheie, capătul unui aplicator cu vârf de vată, sau un apăsător de limbă. Observaţi contracţia musculaturii abdominale şi devierea ombilicului către stimul. Obezitatea poate masca reflexele abdominale. În această situaţie utilizaţi degetul pentru a retracta ombilicul pacientului în direcţie opusă ariei de stimulat. Contracţia musculară poate fi simţită la nivelul degetului retractor.



Reflexele abdominale pot fi absente atât în leziunile sistemului nervos central cât şi periferic.

Reflexul plantar (L5, S1). Cu un obiect de tip cheie sau scobitoare atingeţi marginea laterală a feţei plantare a piciorului, de la călcâi către baza halucelui, pe o traiectorie care se curbează medial la nivel infradigital. Folosiţi cea mai fină stimulare care provoacă un răspuns, dar dacă este necesar puteţi creşte intensitatea atingerii. Urmăriţi mişcarea halucelui, care în mod normal execută flexie plantară.

Dorsiflexia halucelui (extensia lui pe faţa dorsală a piciorului) reprezintă un *semn Babinski prezent* şi indică leziuni ale tractului corticospinal; este prezent şi la persoanele aflate în stare de inconştienţă prin intoxicaţie cu alcool sau droguri, sau în perioada postictală consecutivă unei crize convulsive.





La aplicarea stimulului, unii pacienţi retrag membrul inferior prin flexia articulaţiei şoldului şi a genunchiului. Ţineţi glezna, dacă este necesar, pentru a provoca răspunsul. Uneori este dificilă deosebirea reacţiei de retragere de semnul Babinski.

Un semn Babinski accentuat este uneori însoţit de flexia reflexă a coapselor şi a gambelor.

Reflexul anal. Folosind un obiect neascuţit, cum ar fi un tampon de vată, atingeţi pe rând cele patru cadrane perianale, dinspre orificiul anal extern către exterior. Observaţi contracţia reflexă a musculaturii anale.

Dispariţia reflexului anal sugerează o leziune a arcului reflex S2-3-4, de exemplu în leziunile de cauda equina.

TEHNICI SPECIALE

Semne de iritaţie meningeală. Aceste semne trebuie testate dacă suspectaţi prezenţa inflamaţiei meningeale produsă de infecţii ale sistemului nervos central sau de hemoragii subarahnoidiene.

Mobilitatea cervicală. Iniţial trebuie să vă asiguraţi că nu există leziuni ale vertebrelor cervicale sau ale măduvei spinale cervicale. (În cazul unui traumatism, acest lucru se face prin investigaţie radiologică). Apoi, cu pacientul aflat în decubit dorsal, plasaţi o mână sub capul pacientului şi flectaţi gâtul spre anterior, până când bărbia atinge toracele, dacă este posibil. În mod normal, gâtul este suplu şi pacientul poate flecta cu uşurinţă capul şi gâtul spre anterior.

Rigiditate nucală şi rezistenţă la flexie la 90% din pacienţii cu meningită bacteriană acută şi la 20-85% din cei cu hemoragie subarahnoidiană.[38] De asemenea, în artrită şi leziuni cervicale.

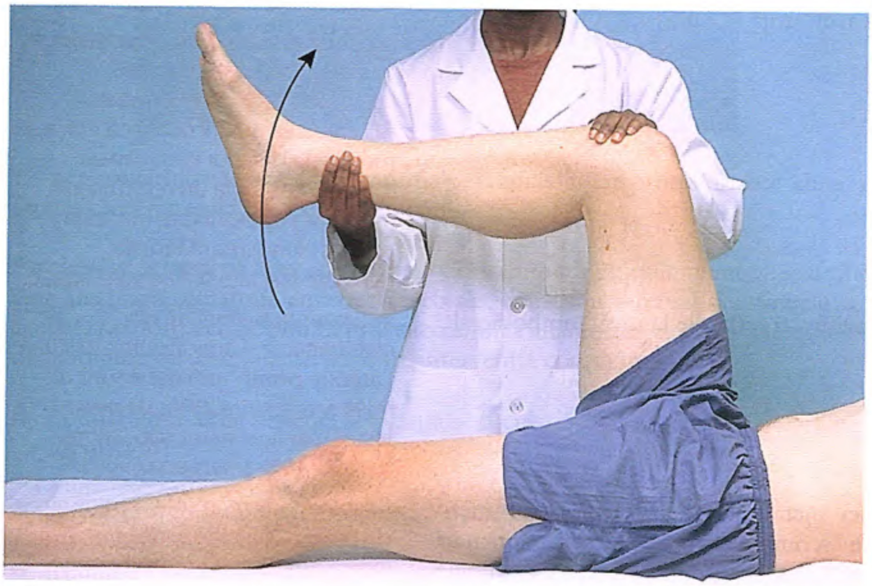
Semnul Brudzinski. În timp ce flectaţi gâtul pacientului, urmăriţi mişcarea reactivă a coapselor şi a genunchilor. În mod normal acestea trebuie să rămână relaxate, nemişcate.

Flexia coapselor şi a gambelor reprezintă un *semn Brudzinski pozitiv* şi sugerează inflamaţie meningeală.

Semnul Kernig. Flectaţi coapsa şi gamba pacientului, apoi efectuaţi extensia gambei pe coapsă (îndreptaţi genunchiul). Extensia completă poate produce disconfort în regiunea posterioară a genunchiului la multe persoane normale, dar manevra nu trebuie să producă durere.

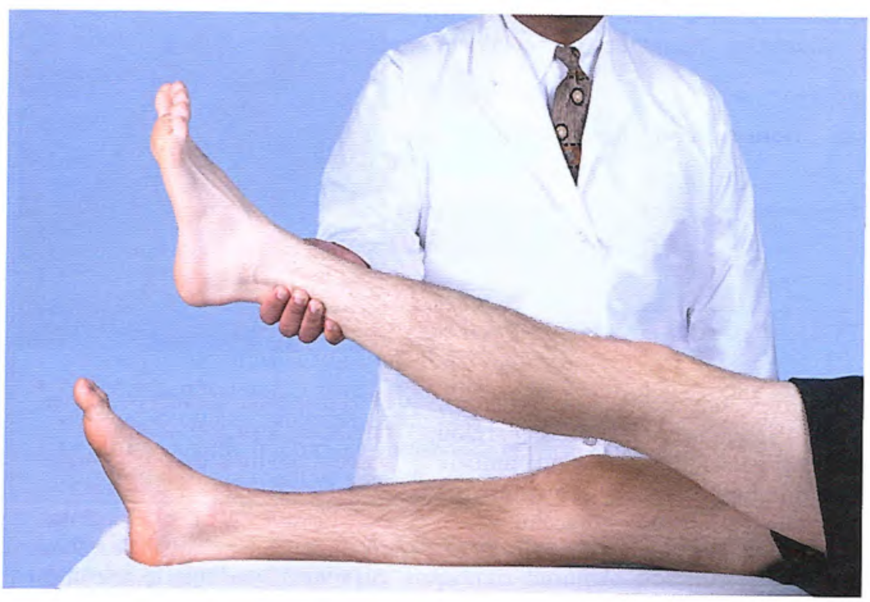
Durerea şi rezistenţa crescută la extensia gambei reprezintă un *semn Kernig pozitiv*. Atunci când este prezent bilateral, sugerează iritaţie meningeală.

Compresia unei rădăcini lombosacrale poate determina de asemenea rezistenţă, asociată cu durere la nivel lombar inferior şi pe faţa posterioară a coapsei. De obicei este implicat numai un membru inferior.



Radiculopatia lombosacrală: testul Lasègue (flexia membrului inferior pe abdomen). Testul se efectuează la pacientul cu durere lombară joasă care iradiază descendent la nivelul membrului inferior, şi care este numită

Vezi Planşa 16-1, Durerea lombară joasă, pag. 642. Compresia rădăcinii nervului spinal la ieşirea din gaura vertebrală determină *radiculopatie* dureroasă asociată cu deficit motor şi hipoestezie în dermatomul respectiv, de obicei consecutiv herniei unui disc vertebral. Peste 95% din herniile de disc se produc la nivelul L5-S1, unde coloana vertebrală prezintă o arcuire posterioară bruscă. Căutaţi şi semne asociate, precum atrofia musculaturii gambei ipsilaterale şi reducerea capacităţii de dorsiflexie a gleznei, a căror prezenţă face diagnosticul de cinci ori mai probabil.[38]



durere sciatică dacă este în teritoriul de inervaţie S1. Se testează pe rând fiecare membru inferior. Aşezaţi pacientul în decubit dorsal. Ridicaţi membrul inferior relaxat şi aflat în extensie (complet întins), apoi realizaţi dorsiflexia piciorului pe gambă. Unii examinatori ridică întâi membrul inferior cu gamba flectată şi apoi realizează extensia gambei.

Evaluaţi unghiul (dintre membrul inferior ridicat şi planul patului) la care apare durerea, tipul şi distribuţia durerii, şi efectele dorsiflexiei. Senzaţia de tensiune sau disconfort la nivelul feselor sau al musculaturii posterioare a gambei este frecventă în cursul acestor manevre, dar aveţi grijă să nu le interpretaţi ca fiind "durere radiculară" sau test pozitiv.

Durerea care iradiază în membrul inferior ipsilateral reprezintă un *test Lasègue pozitiv pentru radiculopatia lombosacrală*. Dorsiflexia piciorului poate accentua suplimentar durerea în *radiculopatia lombosacrală*, *neuropatia sciatică*, sau ambele. Accentuarea durerii odată cu ridicarea membrului inferior controlateral sănătos reprezintă un *test Lasègue încrucişat pozitiv*. Aceste manevre produc elongarea rădăcinilor nervoase afectate şi a nervului sciatic.

În plus, examinaţi funcţia motorie şi senzitivă şi reflexele la nivel lombosacral.

În prezenţa herniei de disc, sensibilitatea şi specificitatea testului Lasègue pozitiv ipsilateral sunt de 95% şi respectiv 25%; iar pentru testul Lasègue încrucişat, valorile sunt de 40% şi respectiv 90%.[42]

Asterixis. Identificarea encefalopatiei metabolice la pacienţii cu funcţii mentale deteriorate este facilitată de semnul numit asterixis. Solicitaţi pacientului să facă semnul "stop trafic", prin extensia ambelor braţe, cu palmele ridicate şi degetele răsfirate. Urmăriţi timp de 1-2 minute, susţinând pacientul dacă este necesar pentru menţinerea poziţiei.

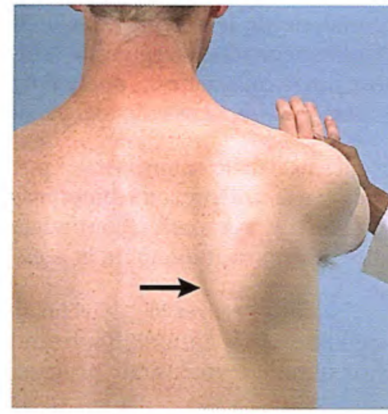
Mişcările bruşte, scurte, nonritmice, de flexie a mâinilor şi degetelor indică asterixis, un semn prezent în bolile hepatice, uremie şi hipercapnie.



Scapula alata. Atunci când există hipotonie sau atrofie a musculaturii umărului, căutaţi prezenţa semnului numit scapula alata (protruzia marginii mediale a scapulei în afara toracelui). Solicitaţi pacientului să extindă ambele braţe şi să împingă într-un zid sau în mâna dumneavoastră. Observaţi poziţia scapulelor. În mod normal, acestea aderă de faţa posterioară a toracelui.

În scapula alata, ilustrată pe pagina următoare, marginea medială a scapulei protruzionează prin rotaţie posterioară şi laterală. Sugerează deficitul motor al muşchiului dinţat anterior, observat în *distrofia musculară* sau leziuni ale nervului toracic lung.





La persoanele foarte slabe, dar normale, scapulele par protruzionate chiar şi atunci când musculatura este indemnă.

Pacientul stuporos sau comatos. Coma anunţă un eveniment cu risc vital care afectează cele două emisfere cerebrale, trunchiul cerebral sau ambele. În acest caz, abordarea obişnuită prin succesiunea anamneză, examen fizic şi teste de laborator nu se aplică. În schimb, intervenţia constă în:

- Evaluaţi întâi căile aeriene, respiraţia şi circulaţia (ABC – airway, breathing, circulation)
- Stabiliţi nivelul stării de conştienţă a pacientului
- Examinaţi pacientul din punct de vedere neurologic. Căutaţi semne sau anomalii locale ori asimetrice, şi determinaţi dacă starea alterată de conştienţă este generată de o cauză metabolică sau structurală.

Vezi Planşa 17-11, Coma metabolică şi coma structurală (pag. 731).

Există cinci semne clinice care sunt factori predictivi puternici pentru deces sau prognostic nefavorabil, cu probabilitate de 5 la 12: la 24 de ore – reflex cornean absent, reacţie pupilară absentă, reflex nociceptiv absent (de retragere la stimul dureros), răspuns motor absent; la 72 de ore – răspuns motor absent.[45]

Obţineţi informaţii de la rude, prieteni sau martori pentru a stabili modul şi viteza de instalare, durata stării de inconştienţă, orice simptome premonitorii, factori precipitanţi sau episoade anterioare, aspectul şi comportamentul anterior al pacientului. Orice date despre antecedentele personale patologice şi psihiatrice sunt de asemenea utile.

Pe măsură ce continuaţi examinarea, reţineţi că există două manevre care NU trebuie efectuate sub nici o formă:

MANEVRE CARE NU SE EFECTUEAZĂ ÎN EVALUAREA PACIENTULUI COMATOS

- *Nu* dilataţi pupilele, cel mai important indiciu al cauzei subiacente a comei (structurală versus metabolică) şi
- *Nu* flectaţi gâtul dacă există suspiciune de traumatism al capului sau gâtului. Imobilizaţi coloana cervicală şi efectuaţi iniţial o radiografie pentru a exclude fracturi ale vertebrelor cervicale care ar putea comprima şi leza măduva spinării.

Căile aeriene, respiraţia şi circulaţia. Verificaţi rapid culoarea tegumentelor pacientului şi tipul de respiraţie. Inspectaţi faringele posterior şi ascultaţi

zgomotele de la nivelul traheii: absenţa stridorului confirmă permeabilitatea căilor aeriene. Dacă respiraţiile sunt încetinite sau superficiale, sau dacă secreţiile obstruează căile aeriene, poate fi necesară intubarea pacientului cât mai curând posibil şi stabilizarea coloanei cervicale.

Evaluaţi celelalte semne vitale: puls, tensiune arterială şi temperatura *rectală*. Dacă pacientul prezintă hipotensiune sau hemoragie, administraţi fluide în perfuzie intravenoasă. (continuarea tratamentului de urgenţă şi testele de laborator nu sunt discutate în acest volum.)

Starea de conştienţă. Nivelul de conştienţă reflectă starea de reactivitate (vigilitate) a pacientului. Reprezintă nivelul de activitate ca răspuns la aplicarea unor stimuli de intensitate progresivă.

În tabelul de mai jos sunt descrise cinci niveluri clinice ale stării de conştienţă, împreună cu tehnicile corespunzătoare de examinare. Intensitatea stimulării trebuie crescută progresiv în funcţie de răspunsul pacientului.

Atunci când examinaţi un pacient cu stare alterată de conştienţă, descrieţi şi înregistraţi exact ceea ce observaţi şi auziţi. Utilizarea imprecisă a termenilor precum somnolenţă, obnubilare, stupor sau comă poate induce în eroare personalul din echipa de îngrijire medicală.

Starea de conştienţă (excitabilitatea): tehnici şi reacţia pacientului

Nivel	Tehnică	Răspuns anormal
Stare de alertă	Adresaţi-vă pacientului pe un ton normal. Pacientul alert deschide ochii, vă priveşte şi răspunde complet şi adecvat la stimuli (excitabilitate normală).	
Somnolenţă (letargie, torpoare)	Adresaţi-vă pacientului cu voce tare. De exemplu, strigaţi-l pe nume sau întrebaţi "Ce mai faceţi?"	Pacientul somnolent pare ameţit, dar deschide ochii şi vă priveşte, răspunde la întrebări şi apoi adoarme.
Obnubilare	Scuturaţi pacientul cu blândeţe, ca şi cum aţi trezi o persoană din somn.	Pacientul obnubilat deschide ochii şi vă priveşte, dar răspunde lent şi oarecum confuz. Starea de alertă şi interesul faţă de mediu sunt diminuate.
Stupor	Aplicaţi un stimul dureros. De exemplu, ciupiţi un tendon, frecaţi sternul sau rulaţi un creion pe unghie. (Nu este necesar un stimul mai puternic!)	Pacientul stuporos se trezeşte din somn numai la stimuli dureroşi. Răspunsurile verbale sunt lente sau chiar absente. La încetarea stimulării pacientul cade într-o stare neresponsivă. Conştientizarea mediului înconjurător sau a propriei persoane este minimă.
Comă	Aplicaţi în mod repetat stimuli dureroşi.	Pacientul comatos nu poate fi trezit; el rămâne cu ochii închişi. Nu există răspuns evident la nevoile personale sau stimuli externi.

Evaluarea neurologică

RESPIRAŢIA. Observaţi frecvenţa, ritmul şi tipul respiraţiei. Deoarece structurile nervoase care controlează respiraţia din cortex şi trunchiul cerebral se suprapun cu cele care controlează starea de conştienţă, coma se asociază frecvent cu modificări ale respiraţiei.

Vezi Planşa 17-11, Coma metabolică şi coma structurală (pag. 731) şi Planşa 4-8, Anomalii ale ritmului şi frecvenţei respiratorii (pag. 134).

REACŢIA PUPILARĂ. Observaţi forma, mărimea şi egalitatea pupilelor şi testaţi reacţia lor la lumină. Prezenţa sau absenţa reacţiei la lumină este unul dintre cele mai importante semne de diferenţiere între coma de cauză structurală şi coma de cauză metabolică. Reacţia la lumină se păstrează deseori intactă în coma metabolică.

Vezi Planşa 17-12, Pupilele la pacientul comatos (pag. 732).

Leziunile structurale produse de AVC, abces sau masă tumorală pot determina pupile asimetrice şi dispariţia reacţiei la lumină.

MIŞCĂRILE GLOBILOR OCULARI. Observaţi poziţia globilor oculari şi a pleoapelor în repaus. Verificaţi devierea orizontală a ochilor către o parte (*preferinţă oculară*). Atunci când căile oculomotorii sunt intacte, ochii privesc drept înainte.

În leziunile emisferice structurale, globii oculari "privesc spre leziunea" din emisfera cerebrală afectată.

În leziunile iritative din epilepsie şi hemoragie cerebrală în fază incipientă, globii oculari "privesc în direcţie opusă" emisferei afectate.

REFLEXUL OCULOCEFALIC (MANEVRA OCHILOR DE PĂPUŞĂ). Acest reflex evaluează funcţia trunchiului cerebral la un pacient comatos. Ridicaţi pleoapele superioare ale pacientului astfel încât să-i puteţi vedea globii oculari, şi răsuciţi repede capul acestuia, mai întâi către o parte, apoi către cealaltă. (Înainte de a efectua acest test, asiguraţi-vă că pacientul nu prezintă leziuni cervicale.)



La pacientul comatos la care reflexul ochilor de păpuşă este absent, caz ilustrat mai jos, capacitatea de a mişca ambii globi oculari către o parte este abolită, sugerând o leziune în mezencefal sau punte.

La pacientul comatos fără leziuni de trunchi cerebral, rotaţia capului determină mişcarea conjugată a globilor oculari în direcţie opusă (amintind de mişcările ochilor de păpuşă). De exemplu, în fotografia adiacentă capul pacientei a fost întors către dreapta, ceea ce a determinat o mişcare conjugată a globilor oculari către stânga. Mişcările de tip ochi de păpuşă sunt intacte.





REFLEXUL OCULOVESTIBULAR (CU STIMULARE CALORICĂ). Dacă reflexul oculocefalic este absent şi doriţi investigarea suplimentară a funcţiei trunchiului cerebral, testaţi reflexul oculovestibular. Reţineţi faptul că acest test nu se practică aproape niciodată la pacientul alert (treaz).

Înainte de efectuarea testului, verificaţi dacă membranele timpanice sunt intacte şi conductele auditive externe libere. Pentru un test corect, capul pacientului trebuie ridicat la 30°. Amplasaţi o tăviţă renală sub nivelul urechii pentru a colecta apa care se scurge. Cu o seringă mare, injectaţi apă foarte rece printr-un cateter fin inserat în conductul auditiv extern (dar care nu-l astupă). Urmăriţi devierea ochilor în plan orizontal. Poate fi necesară o cantitate de până la 120 ml apă rece pentru a obţine un răspuns. La pacientul comatos cu *trunchi cerebral indemn*, globii oculari deviază *către* urechea irigată. Repetaţi testul pe partea opusă, dar după dispariţia primului răspuns, de obicei după un interval de 3-5 minute.

Absenţa răspunsului la stimulare sugerează leziune a trunchiului cerebral.

POSTURA ŞI TONUSUL MUSCULAR. Observaţi postura pacientului. Dacă nu există mişcări spontane, poate fi necesară aplicarea unui stimul dureros (vezi pag. 706). Tipul mişcării declanşate poate fi clasificat astfel:

Vezi Planşa 17-13, Posturi anormale la pacientul comatos (pag. 733).

- *Mişcare normală – de evitare* – pacientul împinge stimulul sau se retrage
- *Mişcare stereotipă* – stimulul declanşează răspunsuri posturale anormale ale trunchiului şi extremităţilor

Există două răspunsuri stereotipe predominante: *rigiditatea de decorticare* şi *rigiditatea de decerebrare* (vezi Planşa 17-13, Posturi anormale la pacientul comatos, pag. 733).

- *Paralizie flascã sau absenţa unui răspuns*

Absenţa răspunsului de o parte sugerează leziune de tract corticospinal.

Testaţi tonusul muscular: apucaţi fiecare antebraţ al pacientului lângă articulaţia pumnului şi ridicaţi-l în poziţie verticală. Observaţi poziţia mâinii, care în mod normal este numai uşor flectată la nivelul articulaţiei pumnului.





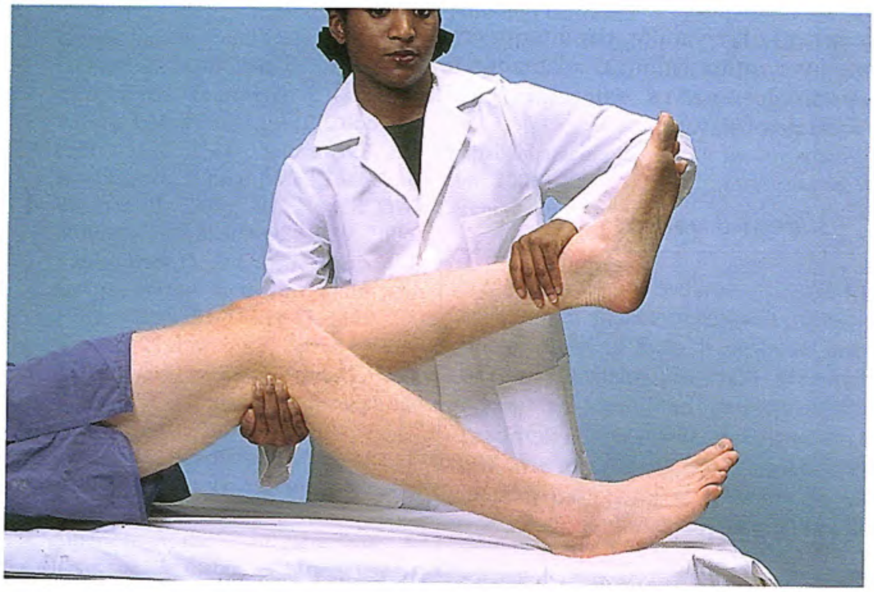
Hemiplegia din accidentele cerebrale subite este de obicei flască în stadiile iniţiale. Mâna afectată este flască (căzută) şi formează un unghi drept cu articulaţia pumnului (vezi imaginea de mai sus).

Apoi coborâţi braţul la aproximativ 30-45 cm distanţă de planul patului şi daţi-i drumul. Observaţi cum cade. Un braţ normal cade oarecum lent.

Braţul flasc cade rapid, asemeni unei cârpe.

Susţineţi genunchii pacientului în flexie. Apoi extindeţi pe rând câte un membru inferior (prin extensia genunchiului) şi lăsaţi-l să cadă (vezi mai jos). Comparaţi viteza cu care cade fiecare membru inferior.

În *hemiplegia acută*, piciorul flasc cade mai rapid.



Flectaţi ambele membre inferioare astfel încât călcâiele se sprijină pe pat şi apoi lăsaţi-le libere. Piciorul normal revine lent la poziţia sa iniţială în extensie.

În hemiplegia acută, piciorul flasc cade rapid în extensie, cu rotaţie externă a coapsei.

Examinare suplimentară. Pentru a finaliza examenul neurologic, verificaţi dacă există asimetrie facială, asimetrii ale funcţiilor motorii şi senzitive şi ale reflexelor. Dacă este indicat, testaţi prezenţa semnelor de iritaţie meningeală.

Meningită, hemoragie subarahnoidiană[3]

Pe măsură ce continuaţi cu examenul fizic general, fiţi atent la mirosurile neobişnuite.

Alcool, insuficienţă hepatică, uremie

Căutaţi anomalii tegumentare, respectiv modificări de culoare, hidratare, semne de boli hemoragice, urme de înţepături şi alte leziuni.

Icter, cianoză, tegumente de culoare roşu-aprins în intoxicaţia cu monoxid de carbon

Examinaţi scalpul şi cutia craniană căutând semne de traumatism.

Contuzii, laceraţii, edem

Examinaţi cu atenţie fundul de ochi.

Edem papilar, retinopatie hipertensivă

Verificaţi integritatea reflexelor corneene. (Reţineţi că utilizarea lentilelor de contact poate aboli aceste reflexe.)

Dispariţia reflexelor corneene în comă şi leziuni care afectează NC V sau NC VII

Inspectaţi urechea externă şi nasul şi examinaţi cavitatea bucală şi faringele.

Prezenţa sângelui sau lichidului cefalorahidian în nas sau urechi sugerează fractură craniană; otita medie sugerează un posibil abces cerebral.

Leziunile linguale sugerează criză convulsivă.

Evaluaţi cordul, plămânii şi abdomenul.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi utiliza propoziţii pentru consemnarea observaţiilor, dar ulterior veţi începe să folosiţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor. Examinarea sistemului nervos cuprinde **cinci componente** care trebuie să figureze în foaia de observaţie.

Consemnarea examenului fizic - sistemul nervos

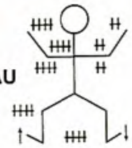
"***Status mental:*** alert, relaxat şi cooperant. Procese cognitive coerente. Orientat asupra propriei persoane, în timp şi spaţiu. Testarea detaliată a funcţiilor cognitive - amânată. ***Nervii cranieni:*** I – netestat; II până la XII indemni. ***Sistem motor:*** masă şi tonus muscular normal. Forţă musculară 5/5 global. Funcţia cerebeloasă - mişcări rapid alternante, proba index–nas, proba călcâi–genunchi: normale. Mers cu bază normală de susţinere. Proba Romberg – menţine echilibrul cu ochii închişi. Fără deviere în pronaţie. ***Sistem senzitiv:*** sensibilitate tactilă fină, proprioceptivă, vibratorie şi la înţepătură intacte. ***Reflexe:*** reflexe simetrice, grad 2+ cu reflexe cutanate plantare în flexie."

SAU

"*Status mental:* Pacientul este alert şi încearcă să răspundă la întrebări, dar are dificultăţi în găsirea cuvintelor. *Nervii cranieni:* I – netestat; II – acuitate vizuală intactă, câmpuri vizuale complete; III, IV, VI – mişcări extraoculare intacte; V motor – muşchii temporali şi maseteri cu forţă musculară normală, reflexe corneene prezente; VII motor – asimetrie facială dreaptă evidentă, cu ştergerea pliului nazolabial drept, mişcări faciale stângi normale; senzitiv – gustul nu a fost testat; VIII – acuitate auditivă normală bilateral la testul vocii şoptite; IX, X – reflexul de vărsătură intact; XI –muşchii trapezi şi sternocleidomastoidieni, forţă musculară 5/5; XII – poziţia limbii: pe linia mediană. *Sistem motor:* de partea dreaptă, forţă musculară 3/5 la nivelul muşchilor biceps, triceps, iliopsoas, fesieri, cvadriceps, ai lojei posterioare a gambei şi flexori şi extensori ai gleznei, cu masă musculară normală, dar tonus crescut şi spasticitate; de partea stângă, forţă musculară 5/5 la nivelul muşchilor omonimi, cu masă şi tonus muscular normal. Mersul – nu se poate testa. Funcţia cerebeloasă - nu se poate testa pe partea dreaptă din cauza deficitului motor în membrul superior şi inferior drept; mişcări alternante rapide, proba index-nas, proba călcâi-genunchi: normale pe partea stângă. Proba Romberg – nu se poate testa din cauza deficitului motor în membrul inferior drept. Testul devierii în pronaţie este pozitiv pe partea dreaptă. *Sistem senzitiv:* diminuarea sensibilităţii la înţepătură la nivelul feţei, membrului superior şi inferior de partea dreaptă; normală de partea stângă. Nu s-a testat pentru stereognozie şi discriminare între două puncte. *Reflexele* (pot fi înregistrate în două moduri - într-un tabel sau printr-o diagramă):

	Reflexul bicipital	Reflexul tricipital	Reflexul brahial	Reflexul rotulian	Reflexul achilean	Reflexul plantar
DREAPTA	4+	4+	4+	4+	4+	↑
STÂNGA	2+	2+	2+	2+	1+	↓

SAU



Sugerează AVC emisferic stâng în teritoriul de distribuţie al arterei cerebrale medii stângi, cu hemipareză dreaptă

B I B L I O G R A F I E

LUCRĂRI CITATE

1. Straus SE, Thorpe KE, Holroyd-Leduc J. How do I perform a lumbar puncture and analyze the results to diagnose bacterial meningitis? JAMA 296(16):2012–2022, 2006.
2. Ellenby MS, Tegtmeyer K, Lai S, et al. Lumbar puncture. N Engl J Med 355(13):e12, 2006.
3. Suarez JI, Tarr RW, Selman WR. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. N Engl J Med 354(4):387–396, 2006.
4. Brisman JL, Song JK, Newell DW. Cerebral aneurysms. N Engl J Med 355(9):928–939, 2006.
5. Van de Beek D, de Gans J, Spanjaard L, et al. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. N Engl Med 351(18):1849–1859, 2004.
6. Goadsby PJ, Lifton RB, Ferrari MD. Migraine: current understanding and treatment. N Engl J Med 346(4):257–269, 2002.
7. Kaniecki R. Headache assessment and management. JAMA 289(11):1430–1433, 2003.
8. Maizels M, Burchette R. A rapid and sensitive paradigm for screening headache patients in primary care. Headache 43(5): 441–450, 2003.
9. American Academy of Neurology. AAN encounter kit for headache. Available at: http://www.aan.com/go/practice/quality/headache. Accessed January 13, 2008.
10. Savitz SI, Caplan LR. Vertebrobasilar disease. N Engl J Med 352(25):2618–2626, 2005.
11. Johnston SC. Transient ischemic attack. N Engl J Med 347(21): 1687–1692, 2002.
12. Scherer K, Bedlack RS, Simel DL. Does this patient have myasthenia gravis? JAMA 293(15):1906–1914, 2005.
13. Mendell JR, Sahenk Z. Painful sensory neuropathy. N Engl J Med 348(13):1243–1255, 2003.
14. Kapoor WN. Syncope. N Engl J Med 343(25):1856–1862, 2000.
15. Browne TR, Holmes GL. Epilepsy. N Engl J Med 344(15): 1145–1151, 2001.
16. Rao G, Fisch L, Srinivasan S, et al. Does this patient have Parkinson disease? JAMA 289(3):347–353, 2003.
17. Louis ED. Essential tremor. N Engl J Med 345(12):887–891, 2001.
18. Earley CJ. Restless legs syndrome. N Engl J Med 348(21): 2103–2109, 2003.
19. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics—2007 Update. Available at: http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1166712318459HS_StatsInsideText.pdf. Accessed December 7, 2007.
20. Van der Worp HB, van Gijn J. Acute ischemic stroke. N Engl J Med 357(6):572–570, 2007.
21. Kidwell CS, Warach S. Acute ischemic cerebrovascular syndrome: diagnostic criteria. Stroke 34(12):2995–2998, 2003.
22. Albers GW, Caplan LR, Easton JD, et al. Transient ischemic attack: proposal for a new definition. N Engl J Med 347(21): 1713–1716, 2002.
23. Johnston SC, Gress DR, Browner WS, et al. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. JAMA 284(22):2901–2906, 2000.
24. Douglas JG, Bakris GL, Epstein M, et al. Management of high blood pressure in African Americans: consensus statement of the Hypertension in African Americans Working Group of the International Society on Hypertension in Blacks. Arch Intern Med 163(5):525–541, 2003.
25. Corvol JC, Bouzamondo A, Sirol M, et al. Differential effects of lipid-lowering therapies on stroke prevention: a meta-analysis of randomized trials. Arch Intern Med 163(6):669–676, 2003.
26. Collins R, Armitage J, Parish S, et al. Effects of cholesterol lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20,536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. Lancet 363(9411):757–767, 2004.
27. Straus SE, Majumdar SR, McAlister FA. New evidence for stroke prevention: scientific review. JAMA 288(11):1388–1395, 2002.
28. Gorelick PB, Sacco RL, Smith DB, et al. Prevention of a first stroke: a review of the guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. JAMA 281(12):1112–1120, 1999.
29. Waldo AL. Stroke prevention after atrial fibrillation. JAMA 290(8):1093–1094, 2003.
30. Wang TJ, Massaro JM, Levy D, et al. A risk score for predicting stroke or death in individuals with new-onset atrial fibrillation in the community. The Framingham Heart Study. JAMA 290(8):1049–1056, 2003.
31. Hart RG. Atrial fibrillation and stroke prevention. JAMA 349(11):1015–1016, 2003.
32. Wolff T, Guirgulis-Blake J, Miller T, et al. Screening for carotid artery stenosis: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 147(12): 860–870, 2007.
33. Halliday I, Mansfield A, Marro J, et al. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomized controlled trial. Lancet 363(9420):1491–1502, 2004.
34. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Carotid Artery Stenosis. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, December 2007. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsacas.htm. Accessed December 30, 2007.
35. American College of Physicians. Stroke in Neurology: Medical Knowledge Self-Assessment Program (MKSAP) 14. Philadelphia: American College of Physicians, 2006:52–68.
36. Boulton AJ, Vinik AT, Arezzo JC, et al. Diabetic neuropathies: A statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care 28(4):956–962, 2005.
37. Martin CL, Albers J, Herman WH, et al. Neuropathy among the Diabetes Control and Complications Trial Cohort 8 years after trial completion. Diabetes Care 29(2):340–344, 2006.

38. McGee S. Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. St. Louis: Saunders, 2005. See especially Visual field defects, pp. 663–670; The pupils, pp. 203–233; Nerves of the eye muscles (III, IV, and VI): approach to diplopia, pp. 671–689; Coordination and cerebellar testing, pp. 793–800; Miscellaneous cranial nerves, pp. 690–706; Hearing, pp. 242–249; Stance and gait, pp. 57–74; Examination of the sensory system, pp. 736–753; Examination of the reflexes, pp. 754–771; Disorders of the nerve roots, plexi, and peripheral nerves, pp. 772–792; and Meninges, pp. 277–282.
39. Teitelbaum JS, Eliasziw M, Garner M. Tests of motor function in patients suspected of having mild unilateral cerebral lesions. Can J Neurol Sci 29(4):337–344, 2002.
40. Maynard FM, Bracken MB, Creasey G, et al. International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. Spinal Cord 35(5):266–274, 1997. See diagram, American Spinal Cord Injury Association, Available at http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2006_Classif_worksheet.pdf. Accessed January 7, 2008.
41. Hallett M. NINDS myotatic reflex scale. Neurology 43(12): 2723, 1993.
42. Sabatine MS. Pocket Medicine, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
43. Bateman DE. Neurological assessment of coma. J Neurol Neurosurg Psychiatry 71(Suppl 1):i13–i37, 2001.
44. Laureys S, Owen AM, Schiff ND. Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. Lancet Neurol 3(9):537–546, 2004.
45. Booth CM, Boone RH, Tomlinson G, et al. Is this patient dead, vegetative, or severely neurologically impaired? Assessing outcome for comatose survivors of cardiac arrest. JAMA 291(7):870–879, 2004.
46. Goldstein LB, Matchar DB. Clinical assessment of stroke. JAMA 271(14):1114–1120, 1994.
47. Goldstein LB, Simel DL. Is this patient having a stroke? JAMA 293(19):2391–2402, 2005.
48. Grubb BP. Neurocardiogenic syncope. N Engl J Med 352(10): 1004–1010, 2004.
49. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med 347(12):878–885, 2002.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System: Medical Research Council Memorandum No. 45. London: Her Majesty's Stationery Office, 1976.

Booth CN, Boone RH, Tomlinson G, et al. Is this patient dead, vegetative, or severely neurologically impaired? JAMA 291(7): 870–879, 2004.

Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. N Engl J Med 352(11):1112–1120, 2005.

Budson AE, Price BH. Memory dysfunction. N Engl J Med 352(7):692–699, 2005.

Campbell WW, DeJong RN, Haerer AF. DeJong's The Neurologic Examination, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Chang BS, Lowenstein DH. Epilepsy. N Engl J Med 349(13): 1257–1266, 2003.

Chimowitz MI. The accuracy of bedside neurological diagnoses. Ann Neurol 28(1):78–85, 1990.

Darouiche RO. Spinal epidural abscess. N Engl J Med 355(19): 2012–2020, 2006.

Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, et al. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 296(10):1272–1283, 2006.

Freeman R. Clinical practice: neurogenic orthostatic hypotension. N Engl J Med 358(6):615–624, 2008.

Gardner P. Prevention of meningococcal disease. N Engl J Med 355(14):1466–1473, 2006.

Gilden DH. Bell's palsy. N Engl J Med 351(13):1323–1331, 2004.

Gilman S, Manter JT, Gatz AJ, et al. Manter and Gatz's Essentials of Clinical Neuroanatomy and Neurophysiology, 10th ed. Philadelphia: FA Davis, 2003.

Gilron I, Watson PN, Cahill C, et al. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. CMAJ 175(3):265–275, 2006.

Griggs RC, Joynt RJ, eds. Baker and Joynt's Clinical Neurology on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Jeha LE, Sila CA, Lederman RJ, et al. West Nile virus infection: a new acute paralytic illness. Neurology 61(1):55–59, 2003.

Katz JN. Carpal tunnel syndrome. N Engl J Med 346(23):1807–1812, 2002.

Lavan ZP. Stroke prevention through community action. J Community Nurs 19(3):4, 6, 8–10, 2005.

Louis ED. Essential tremor. N Engl J Med 345(12):887–891, 2001.

Magnetic Resonance Angiography in Relatives of Patients with Subarachnoid Hemorrhage Study Group. Risks and benefits of screening for intracranial aneurysms in first-degree relatives of patients with sporadic subarachnoid hemorrhage. N Engl J Med 341(18):1344–1350, 1999.

McGill M, Molyneaux L, Spencer R, et al. Possible sources of discrepancies in the use of the Semmes-Weinstein monofilament. Diabetes Care 22(4):598–602, 1999.

Mendell JR, Sahenk Z. Painful sensory neuropathy. N Engl. J Med 348(13):1243–1294, 2003.

Nutt JG, Wooten GF. Clinical practice: diagnosis and initial management of Parkinson's disease. N Engl J Med 353(10): 1021–1027, 2005.

Partanen J, Kiskanen L, Leghtinen J, et al. Natural history of peripheral neuropathic pain patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 333(2):89–94, 1995.

Plum F, Posner JB. Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma, 4th ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 2007.

Ropper AH, Adams RD, Victor MV, et al. Adams and Victor's Principles of Neurology, 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

Rosenberg RN. Atlas of Clinical Neurology, 3rd ed. Philadelphia: Current Medicine Group, 2008.

Rowland LP, Merritt HH. Merritt's Neurology, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Saltzman CL, Rashid R, Hayes A, et al. 4.5 Gram monofilament sensation beneath both first metatarsal heads indicates protec-

tive foot sensation in diabetic patients. J Bone Joint Surg 86(4):717–723, 2004.
Tan MP, Parry SW. Vasovagal syncope in the older patient. J Am Coll Cardiol 51(6):599–606, 2008.
Tarsy D, Simon DK. Dystonia. N Engl J Med 355(8):818–829, 2006.
Van de Beek D, de Gans J, Tunkel AR, et al. Community-acquired bacterial meningitis in adults. N Engl J Med 354(1):44–53, 2006.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANȘA 17-1

Tipuri de accident vascular cerebral

Evaluarea pacienților cu accident vascular cerebral (AVC) are la bază trei întrebări fundamentale: *Care arie cerebrală și teritoriu vascular asociat explică semnele evidențiate la examenul fizic? Accidentul vascular cerebral este ischemic sau hemoragic? Dacă este ischemic, mecanismul este un trombus sau un embol?* AVC reprezintă o urgență medicală, iar timpul este un element esențial. Răspunsurile la aceste întrebări sunt de importanță critică pentru evoluția pacientului și instituirea terapiei antitrombotice în AVC ischemic acut.

În *accidentul vascular ischemic acut*, leziunea ischemică cerebrală debutează la nivelul unei arii cu perfuzie foarte scăzută și chiar necroză celulară ireversibilă. Această leziune este înconjurată de *penumbra ischemică* a celulelor cu tulburări de metabolism care sunt încă potențial viabile, în funcție de restaurarea fluxului sanguin și durata ischemiei. Deoarece leziunile ireversibile se produc în primele 3–6 ore de la debutul simptomelor, tratamentul țintit în "fereastra" de 3 ore favorizează obținerea celor mai bune rezultate, recuperarea fiind posibilă la până la 50% din pacienți conform unor studii.[20]

Performanța medicului în diagnosticarea AVC se îmbunătățește prin practică,[46] fiind în strânsă legătură cu înțelegerea aspectelor fiziopatologice și perfecționarea tehnicilor de examinare neurologică. *Această prezentare este un scurt rezumat care necesită lectură și practică suplimentară.* Acuratețea în examinarea clinică poate fi dobândită și este de importanță majoră în determinarea tratamentului pacientului.[47] (Vezi de asemenea pag. 667–668 pentru detalii privind *factorii de risc pentru AVC – prevenție primară și secundară*).

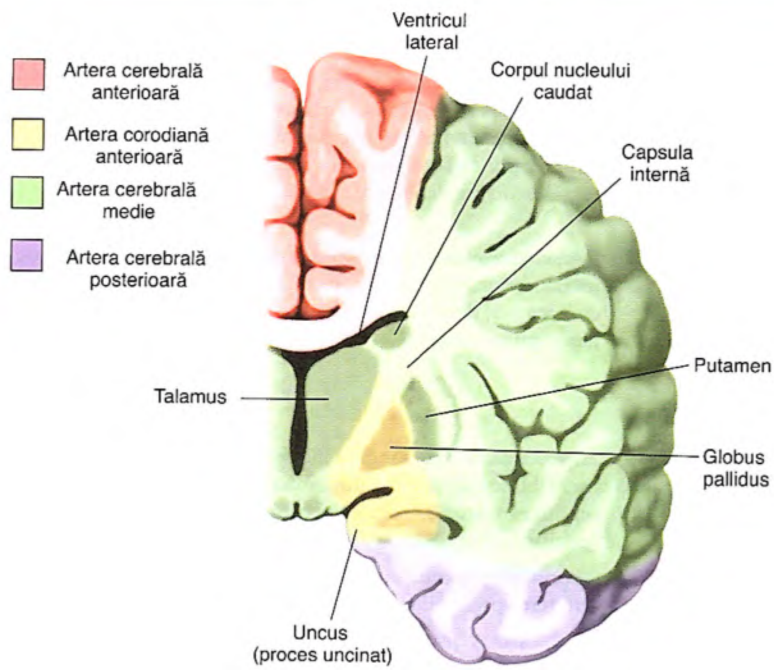
Trăsături clinice și teritorii vasculare în AVC

Prezentare clinică	*Teritoriu vascular*	*Comentarii*
Deficit motor al membrului inferior controlateral	*Circulația anterioară* – artera cerebrală anterioară (ACA)	Include segmentul din cercul lui Willis care conectează artera carotidă internă cu ACA și segmentul distal al ACA și ramura sa coroidiană anterioară
Deficit motor controlateral al membrului superior > inferior, al feței, deficit senzitiv, amputări de câmp vizual, afazie (ACM stângă) sau hemiagnozie, apraxie (ACM dreaptă)	*Circulația anterioară* – artera cerebrală medie (ACM)	Produce cea mai mare afectare vasculară
Deficit motor sau senzitiv controlateral fără semne corticale	*Circulația subcorticală* – ramuri profunde penetrante lenticulostriate ale ACM	*Infarcte lacunare* subcorticale de vase mici în capsula internă, talamus sau trunchiul cerebral. Patru sindroame frecvente: hemipareză pur motorie, hemianestezie pur senzitivă; hemipareză ataxică; sindromul mână neîndemânatică-disartrie
Amputare de câmp vizual controlateral	*Circulația posterioară* – artera cerebrală posterioară (ACP)	Include perechea de artere vertebrale, artera bazilară și perechea de artere cerebrale posterioare. Infarctul bilateral de ACP determină cecitate corticală dar cu păstrarea reflexului fotomotor
Disfagie, disartrie, deviere a limbii/ palatului și/sau ataxie cu deficite motorii/ senzitive de partea opusă (= față ipsilateral cu hemicorp controlateral)	*Circulația posterioară* – trunchi cerebral, ramuri ale arterei vertebrale sau bazilare	
Deficite oculomotorii și/sau ataxie cu deficite motorii/ senzitive de partea opusă	*Circulația posterioară* – artera bazilară	Ocluzia completă a arterei bazilare – sindrom "locked in" (pseudocomă) cu stare de conștiență intactă dar cu incapacitate de a vorbi și tetraplegie

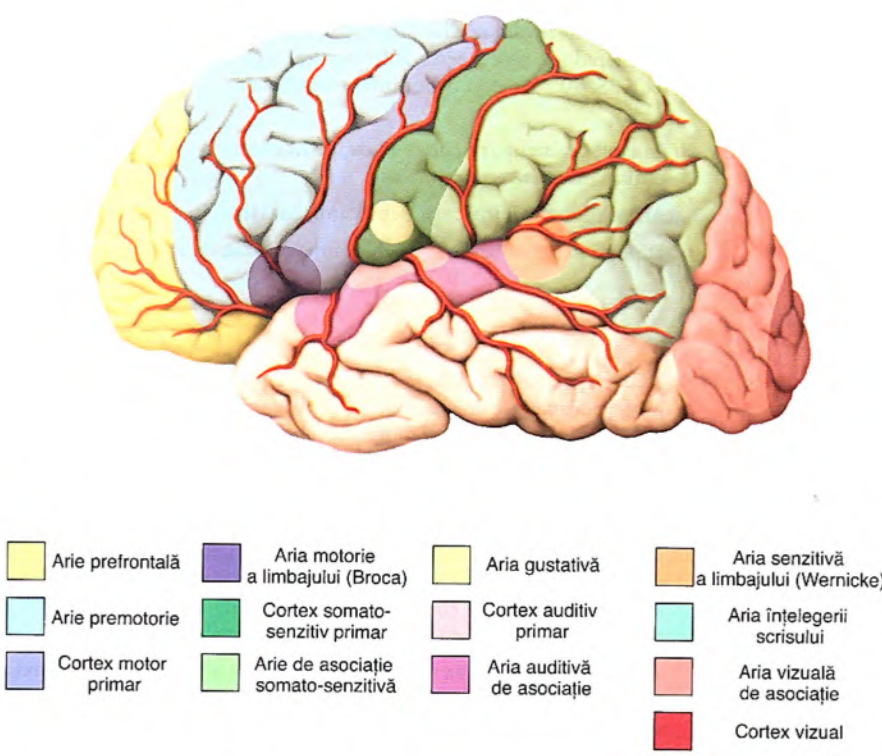
*Învățați să faceți diferența între leziunile corticale și cele subcorticale. *Sindroamele subcorticale sau lacunare* nu afectează funcțiile cognitive superioare, limbajul sau câmpurile vizuale.

(Sursă: adaptat după American College of Physicians, Stroke, in Neurology. Medical Knowledge Self-Assesment Program (MKSAP) 14. Philadelphia: American College of Physicians, 2006, pp. 52-68).

(planșa se continuă la pagina 715)



Artera cerebrală anterioară
Artera corodiană anterioară
Artera cerebrală medie
Artera cerebrală posterioară
Ventricul lateral
Corpul nucleului caudat
Capsula internă
Putamen
Globus pallidus
Talamus
Uncus (proces uncinat)



Arie prefrontală
Arie premotorie
Cortex motor primar
Aria motorie a limbajului (Broca)
Cortex somato-senzitiv primar
Arie de asociație somato-senzitivă
Aria gustativă
Cortex auditiv primar
Aria auditivă de asociație
Aria senzitivă a limbajului (Wernicke)
Aria înțelegerii scrisului
Aria vizuală de asociație
Cortex vizual

Sincopa şi tulburări similare[48,49]

Afecţiune	Mecanism	Factori precipitanţi
Sincopa vasodepresoare sau vasovagală *(lipotimia sau leşinul)*	Vasodilataţie periferică bruscă, mai ales în muşchii scheletici, fără creştere compensatorie a debitului cardiac. Tensiunea arterială scade brusc. Deseori are debut lent, final lent.	O emoţie puternică precum frica sau durerea
Hipotensiunea posturală *(ortostatică)*	• *Reflexe vasoconstrictoare inadecvate* atât la nivel arteriolar cât şi venos, cu stază venoasă consecutivă, debit cardiac scăzut şi hipotensiune arterială	• Ridicare în picioare
	• *Hipovolemie:* volum sanguin insuficient, incapabil să menţină debitul cardiac şi tensiunea arterială, mai ales în ortostatism (poziţie verticală)	• Ridicare în picioare după hemoragie sau deshidratare
Sincopa asociată cu tusea	Sunt posibile mai multe mecanisme asociate cu creşterea presiunii intratoracice	Accese severe de tuse
Sincopa asociată cu micţiunea	Neclar	Golirea vezicii urinare după ridicarea din pat pentru a urina
Afecţiuni cardiovasculare		
Aritmii	Scăderea debitului cardiac produsă de un ritm prea rapid (de obicei peste 180) sau prea lent (sub 35–40). Deseori debut brusc, final brusc.	O modificare bruscă a ritmului cardiac
Stenoza aortică şi cardiomiopatia hipertrofică	La efort rezistenţa vasculară scade, însă debitul cardiac nu poate creşte.	Efortul fizic
Infarct miocardic	Aritmie instalată brusc sau debit cardiac scăzut	Variabili
Embolism pulmonar masiv	Hipoxie instalată brusc sau debit cardiac scăzut	Variabili, inclusiv repaus prelungit la pat sau tulburări de coagulare
Tulburări asemănătoare sincopei		
Hipocapnia secundară hiperventilaţiei	Constricţia vaselor sanguine cerebrale secundară hipocapniei induse de hiperventilaţie	Posibil o situaţie stresantă
Hipoglicemia	Concentraţie insuficientă a glucozei pentru menţinerea metabolismului cerebral; secreţia de epinefrină contribuie la simptome. Sincopa propriu-zisă este rară.	Variabili, inclusiv postul alimentar
Leşinul isteric din tulburarea de conversie	Exprimarea simbolică a unei idei inacceptabile prin intermediul limbajului corporal. Culoarea tegumentelor şi semnele vitale pot fi normale; uneori asociază mişcări bizare şi intenţionate; se manifestă în prezenţa altor persoane.	O situaţie stresantă

Factori predispozanţi	Manifestări prodromale	Asocieri posturale	Revenire
Oboseală, foame, un mediu umed, cald	Nelinişte, deficit motor, greaţă, salivaţie, transpiraţii, căscat	De obicei survine în ortostatism, posibil în poziţie şezândă	Revenire promptă a stării de conştienţă după întinderea în poziţie orizontală, însă paloarea, senzaţia de slăbiciune, greaţa şi uşoara confuzie pot persista un timp.
• Neuropatii periferice şi tulburări ale sistemului nervos autonom; medicamente precum agenţii antihipertensivi şi vasodilatatori; repaus prelungit la pat	• Deseori nici una	• Survine imediat după ridicarea în picioare	• Revenire promptă la normal după întinderea în poziţie orizontală
• Hemoragii ale tractului gastrointestinal sau traumatisme, diuretice potente, vărsături, diaree, poliurie	• Senzaţie de "cap gol" şi palpitaţii (tahicardie) la ridicarea în picioare	• De obicei survine imediat după ridicarea în picioare	• Ameliorare în poziţie culcată
Bronşită cronică la un bărbat musculos	Deseori nici una cu excepţia tusei	Poate surveni în orice poziţie	Revenire promptă la normal
Nicturie, de obicei la bărbaţi vârstnici sau adulţi	Deseori nici una	Poziţia verticală pentru a urina	Revenire promptă la normal
Boala cardiacă şi vârsta avansată scad toleranţa la ritmuri anormale	Deseori nici una	Poate surveni în orice poziţie	Revenire promptă la normal dacă nu au survenit leziuni cerebrale
Tulburări cardiace	Deseori nici una. Debutul este brusc.	Apare în timpul sau după exerciţiu fizic	Revenire promptă la normal
Boală coronariană	Deseori nici una	Poate surveni în orice poziţie	Variabilă
Tromboză venoasă profundă	Deseori nici una	Poate surveni în orice poziţie	Variabilă
Predispoziţie la atacuri de anxietate şi hiperventilaţie	Dispnee, palpitaţii, disconfort toracic, hipoestezie şi furnicături la nivelul mâinilor şi perioral cu durata de câteva minute. Starea de conştienţă este de obicei păstrată.	Poate surveni în orice poziţie	Ameliorare lentă pe măsură ce hiperventilaţia încetează
Terapia cu insulină şi diverse tulburări metabolice	Transpiraţii, tremor, palpitaţii, senzaţie de foame, cefalee, confuzie, comportament anormal, comă	Poate surveni în orice poziţie	Variabilă, în funcţie de severitate şi tratament
Trăsături de personalitate isterică	Variabile	Prăbuşire la podea, deseori din poziţie verticală, dar fără a suferi leziuni	Variabilă, poate fi prelungită, deseori cu reactivitate fluctuantă

PLANȘA 17-3

Tulburări convulsive[15]

Convulsii parţiale

Convulsiile parţiale debutează cu manifestări focale, localizate. Acestea se subîmpart în *convulsii parţiale simple*, care nu afectează starea de conştienţă, şi *convulsii parţiale complexe* care alterează starea de conştienţă. *Convulsiile parţiale se pot generaliza.* Convulsiile parţiale de orice tip indică de obicei o leziune structurală în cortexul cerebral, cum ar fi o cicatrice, tumoră sau infarctizare. Medicul poate localiza leziunea cerebrală cauzatoare pe baza caracteristicilor acestor crize.

Tulburare	Manifestare clinică	Stare postcritică *(postictală)*
Convulsii parţiale		
Convulsii parţiale simple		
• Cu simptome motorii Jacksoniene	Mişcări tonice şi ulterior clonice care debutează unilateral la nivelul mâinii, piciorului sau feţei şi se extind la alte regiuni ale corpului de aceeaşi parte	Stare de conştienţă normală
Alte manifestări motorii	Întoarcerea capului şi a ochilor către o parte, sau mişcări tonice şi clonice ale unui membru superior sau inferior fără extindere jacksoniană	Stare de conştienţă normală
• Cu simptome senzitive	Amorţeală, furnicături; halucinaţii simple vizuale, auditive sau olfactive cum ar fi fosfene, zumzet sau mirosuri	Stare de conştienţă normală
• Cu simptome autonome	O "senzaţie ciudată" în epigastru, greaţă, paloare, roşeaţă, senzaţie de "cap gol"	Stare de conştienţă normală
• Cu simptome psihice	Anxietate sau teamă; senzaţie de familiaritate (déjà vu) sau de ireal; stări onirice; teamă sau furie; experienţe de tip flashback; halucinaţii mai complexe	Stare de conştienţă normală
Convulsii parţiale complexe	Criza poate debuta sau nu cu simptomele autonome sau psihice descrise mai sus. Starea de conştienţă este alterată şi persoana poate părea confuză. Automatismele includ comportamente motorii automate precum mestecat, plescăit al buzelor, plimbat fără ţintă sau descheiatul hainelor; dar şi comportamente mai complicate, cum ar fi condusul maşinii.	Pacientul îşi poate aminti simptomele autonome sau psihice iniţiale (care în acest caz sunt denumite global *aură*), dar în legătură cu restul crizei prezintă amnezie. Poate asocia confuzie temporară şi cefalee.
Convulsii parţiale care se generalizează	Convulsiile parţiale care se generalizează sunt asemănătoare cu crizele tonico-clonice (vezi pagina următoare). Din păcate, pacientul nu îşi poate aminti debutul focal, iar martorii îl pot trece cu vederea.	Ca şi în cazul crizei tonico-clonice, descrise pe pagina următoare. Două caracteristici indică o criză parţială care s-a generalizat: (1) amintirea unei *aure* şi (2) un deficit neurologic *unilateral* în cursul perioadei postictale.

(Sursă: Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Epilepsia 30:389-399, 1989. See also International League Against Epilepsy. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology.
Disponibil la : http://www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Centre/ctf/overview.cfm#2. Accesat la data de 10 ianuarie, 2008.)

(tabelul se continuă la pagina 719)

Crizele convulsive generalizate şi pseudoconvulsiile

Convulsiile generalizate debutează cu mişcări corporale bilaterale, alterarea stării de conştienţă, sau ambele. Acestea sugerează o tulburare corticală întinsă, bilaterală, care poate fi ereditară sau dobândită. Atunci când crizele generalizate de tip tonico-clonic (grand mal) debutează în copilărie sau la adultul tânăr, de obicei sunt ereditare. Atunci când convulsiile tonico-clonice apar după vârsta de 30 de ani, se suspectează fie o criză parţială care s-a generalizat, fie o criză generalizată determinată de o tulburare toxică sau metabolică. Cauzele toxice şi metabolice includ sevrajul la alcool sau alţi agenţi sedativi, uremia, hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia şi meningita bacteriană.

Tulburare	Manifestare clinică	Stare postcritică *(postictală)*
Crize convulsive generalizate		
*Convulsie tonico-clonică (grand mal)**	Pierderea bruscă a stării de conştienţă, uneori cu un ţipăt, şi contracţia tonică bruscă a muşchilor extensori care determină rigiditate a întregului corp. Respiraţia se opreşte şi pacientul devine cianotic. Urmează o fază clonică de contracţii musculare ritmice. Apoi se reia respiraţia, care de obicei este zgomotoasă, însoţită de hipersalivaţie. Poate asocia leziuni prin muşcarea limbii şi incontinenţă urinară.	Confuzie, somnolenţă, oboseală, cefalee, dureri musculare şi uneori persistenţa temporară a deficitelor neurologice bilaterale cum ar fi reflexe hiperactive şi semn Babinski. Persoana prezintă amnezie a episodului convulsiv şi nu îşi aminteşte aura.
Absenţa	Pierderea bruscă de scurtă durată a stării de conştienţă, cu clipit, privire în gol sau mişcări trecătoare ale buzelor ori ale mâinilor, dar fără cădere. Există două subtipuri. *Absenţe de tip petit mal* cu durată sub 10 secunde şi care se opresc brusc. *Absenţe atipice* cu durată mai mare de 10 secunde.	Fără rememorarea unei aure. În absenţele de tip petit mal, revenirea la normal este promptă; în absenţele atipice persistă un grad de confuzie postictală.
Convulsie atonă ("drop attack")	Pierderea bruscă a stării de conştienţă cu cădere, dar fără mişcări sau contracţii. Se pot produce leziuni.	Fie revenire promptă la normal, fie o scurtă perioadă de confuzie
Mioclonus (mioclonie)	Contracţii bruşte, rapide, de scurtă durată, ale unor grupe musculare de la nivelul trunchiului sau membrelor. Asociate cu o mare varietate de tulburări.	Variabilă
Pseudoconvulsii		
Pot mima convulsiile dar se datorează unei tulburări de conversie (o afecţiune psihică)	Mişcările pot avea o semnificaţie simbolică personală şi de obicei nu urmează o distribuţie neuroanatomică. Rareori sunt însoţite de leziuni.	Variabilă

*La sugari şi copii mici pot surveni *convulsii febrile* care sunt asemănătoare crizelor tonico-clonice de scurtă durată. Acestea sunt de obicei benigne, dar ocazional pot fi prima manifestare a unei tulburări convulsive.

Tremorul şi mişcările involuntare[16,17]

Tremorul: Tremorul constă în mişcări oscilatorii relativ ritmice, care pot fi subîmpărţite în trei categorii: tremor de repaus (sau static), tremor postural şi tremor intenţional.







Tremorul de repaus (static)
Acest tip de tremor este cel mai evident în repaus, şi poate diminua sau dispărea complet în timpul mişcărilor voluntare. Mai sus este ilustrat tremorul clasic din parkinsonism, relativ lent, fin, cu mişcare de rulare, cu frecvenţă de aproximativ 5 pe secundă.

Tremorul postural (de acţiune)
Acest tip de tremor apare atunci când porţiunea afectată este implicată activ în menţinerea unei posturi. Exemplele includ tremorul fin, rapid din hipertiroidism, tremorul din anxietate şi astenie şi tremorul benign esenţial (uneori familial). Tremorul se poate agrava parţial la mişcări intenţionale.

Tremorul intenţional
Tremorul intenţional este absent în repaus, apare la mişcări active şi de obicei se agravează la apropierea de obiectul ţintă. Cauzele includ leziuni ale căilor cerebeloase, ca în scleroza multiplă.



Dischinezia oro-facială

Dischinezia oro-facială constă în mişcări ritmice, repetitive, bizare, ale feţei, gurii, mandibulei şi limbii: grimase, ţuguierea buzelor, protruzia limbii, deschiderea sau închiderea gurii şi devierea mandibulei. Membrele şi trunchiul sunt afectate mai rar. Aceste mişcări par a fi o complicaţie tardivă a terapiei cu agenţi psihotropi precum fenotiazinele, fiind cunoscute sub denumirea de *dischinezie tardivă*. De asemenea, apar în psihozele cu evoluţie de lungă durată, la unele persoane vârstnice şi la unele persoane edentate.

(se continuă la pagina 721)



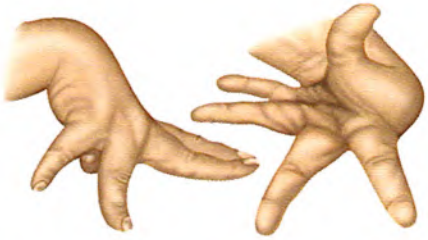
Ticurile

Ticurile sunt mişcări coordonate, stereotipe, repetitive, scurte, care apar la intervale neregulate. Exemple de ticuri includ clipitul, grimasele şi ridicarea din umeri cu caracter repetitiv. Printre cauze se numără sindromul Tourette şi agenţii farmacologici precum fenotiazinele şi amfetaminele.



Distonia

Mişcările distonice sunt similare mişcărilor atetozice, însă deseori implică segmente mai mari ale corpului, inclusiv trunchiul. Pot determina posturi contorsionate, groteşti. Cauzele includ agenţi farmacologici precum fenotiazinele, distonia primară de torsiune şi torticolisul spasmodic (ilustrat mai sus).



Atetoza

Mişcările atetozice sunt mişcări mai lente şi mai contorsionate decât cele coreiforme, dar au o amplitudine mai mare. Cel mai frecvent afectează faţa şi extremităţile distale. Atetoza este deseori asociată cu spasticitatea. Printre cauze se numără paralizia cerebrală.



Coreea

Mişcările coreiforme sunt scurte, rapide, spasmodice, neregulate şi imprevizibile. Apar în repaus sau întrerup mişcările normale coordonate. Spre deosebire de ticuri, rareori se repetă. De obicei afectează faţa, capul, partea distală a membrelor superioare şi mâinile. Cauzele includ coreea Sydenham (cu febră reumatoidă) şi boala Huntington.

PLANȘA 17-5 Tulburări de vorbire

Tulburările de vorbire se pot grupa în trei categorii: tulburări care afectează (1) vocea, (2) articularea cuvintelor și (3) producerea și înțelegerea limbajului.

Afonia reprezintă pierderea vocii ca rezultat al bolilor care afectează laringele sau inervația acestuia. *Disfonia* se referă la afectarea mai puțin severă a intensității, calității sau tonalității vocii. De exemplu, persoana afectată poate fi răgușită sau capabilă să vorbească numai în șoaptă. Cauzele includ laringita, tumorile laringelui și pareza unilaterală de coardă vocală (nervul cranian X).

Disartria este o tulburare de vorbire cauzată de disfuncția musculaturii aparatului vorbirii (buze, limbă, palat sau faringe). Cuvintele pot fi nazonate, neclare sau de neînțeles, însă aspectul simbolic central al limbajului rămâne intact. Cauzele includ leziuni motorii ale sistemului nervos central sau periferic, parkinsonismul sau afecțiunile cerebeloase.

Afazia reprezintă o tulburare în producerea și înțelegerea limbajului. În general este cauzată de leziuni în emisfera cerebrală dominantă, de obicei cea stângă.

În tabelul de mai jos sunt comparate două tipuri de afazie: (1) afazia Wernicke, fluentă (de recepție) și (2) afazia Broca, nonfluentă (de expresie). Există și alte tipuri de afazie mai puțin frecvente, care se diferențiază prin răspunsurile diferite la testele specifice enumerate. De obicei se recomandă consult neurologic.

	Afazia Wernicke	Afazia Broca
Caracterul discursului spontan	Fluent; de obicei rapid, volubil și fără efort. Inflexiunea vocii și articularea cuvintelor sunt bune, dar propozițiile sunt lipsite de înțeles și cuvintele sunt deformate (parafazie) sau inventate (neologisme). Discursul poate fi total de neînțeles.	Nonfluent; lent, cu efort laborios, conține cuvinte puține. Inflexiunea vocii și articularea sunt afectate, dar cuvintele au sens, iar discursul conține substantive, verbe tranzitive și adjective importante. Cuvintele mici de legătură sunt omise frecvent.
Înțelegerea cuvintelor	Alterată	Relativ bună
Repetiția	Alterată	Alterată
Denumirea obiectelor	Alterată	Alterată, deși pacientul recunoaște obiectele
Înțelegerea cuvintelor scrise	Alterată	Relativ bună
Scrisul	Alterat	Alterat
Localizarea leziunii	Lobul temporal – partea postero-superioară	Lobul frontal - partea postero-inferioară

Deși este importantă recunoașterea afaziei încă de la începutul interviului cu pacientul, semnificația sa diagnostică devine complet clară abia după integrarea acestei informații în examinarea neurologică.

PLANȘA 17-6

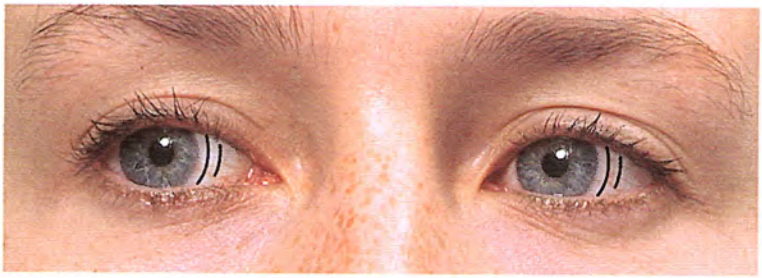
Nistagmusul

Nistagmusul este o mișcare oscilatorie a globilor oculari, analogă tremorului din alte segmente ale corpului. Poate avea cauze multiple, printre care alterarea funcției vizuale la vârste tinere, afecțiuni labirintice și ale sistemului cerebelos, sau toxicitatea medicamentoasă. De obicei, nistagmusul apare atunci când privirea urmărește un obiect aflat în mișcare rapidă (de exemplu, un tren în mers). Studiați cele trei caracteristici ale nistagmusului descrise mai jos, pentru a putea recunoaște corect tipul de nistagmus. Pentru diagnosticul diferențial consultați manualele de neurologie.

Direcția privirii în care apare nistagmusul

De exemplu: nistagmus la privirea în lateral dreapta

Nistagmus prezent (privirea în lateral dreapta)



Deși nistagmusul poate fi prezent în toate direcțiile privirii, poate apărea sau deveni accentuat numai la devierea ochilor (de exemplu, către lateral sau în sus). În punctele extreme ale privirii laterale, o persoană normală poate manifesta câteva oscilații nistagmoide. Evitați să faceți evaluări în punctele extreme ale privirii laterale și *căutați să identificați nistagmusul numai în câmpul vederii binoculare complete.*

Nistagmus absent (privire în lateral stânga)



Direcția componentelor rapidă și lentă

Exemplu: nistagmus cu bătaie la stânga – o oscilație la stânga a fiecărui glob ocular, apoi o deviere lentă la dreapta



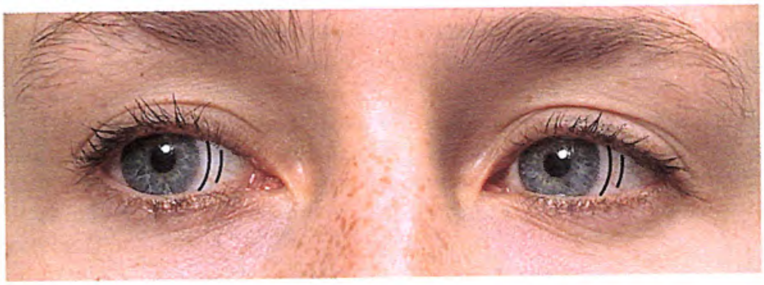
Nistagmusul are atât mișcări rapide cât și lente, dar *este definit după direcția oscilației sale rapide.* De exemplu, dacă globii oculari oscilează rapid către stânga pacientului și deviază lent înapoi către dreapta, atunci este vorba despre *nistagmus cu bătaie la stânga.* Ocazional, nistagmusul constă numai din oscilații simetrice, egale ca viteză și amplitudine, dar fără componentă rapidă sau lentă. În acest caz se numește *nistagmus pendular.*

(se continuă la pag. 724)

Nistagmusul (continuare)

Planul mişcărilor

Nistagmus orizontal



Oscilaţiile oculare din nistagmus pot apărea în unul sau mai multe planuri (de exemplu, orizontal, vertical, sau rotator). Această variabilitate este definită de planul în care au loc oscilaţiile, nu de direcţia privirii.

Nistagmus vertical



Nistagmus rotator



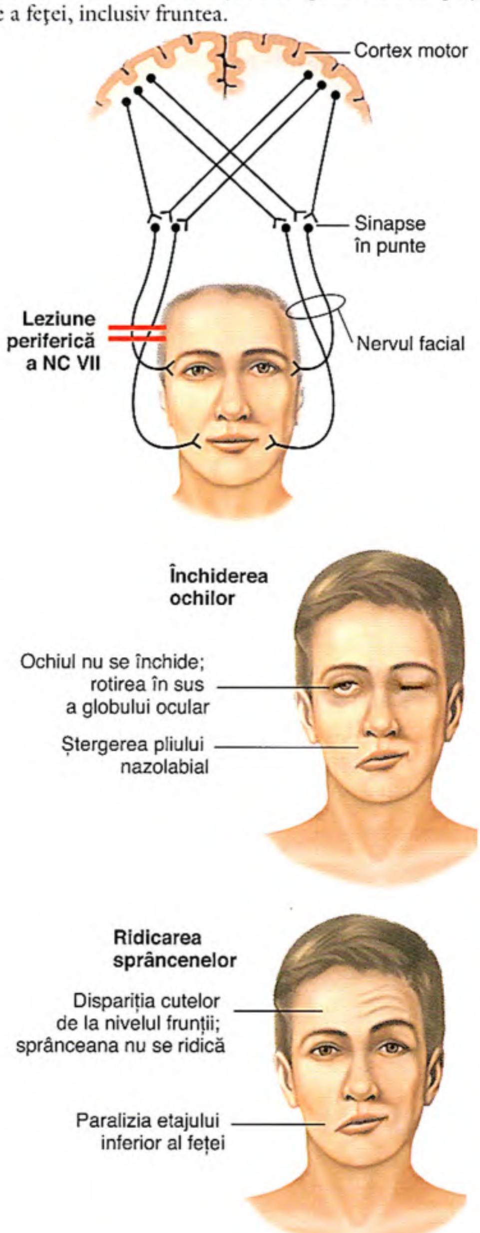
PLANȘA 17-7 Tipuri de paralizie facială

Hipotonia sau paralizia facială poate fi determinată de (1) o leziune periferică a NC VII (nervul facial), produsă la orice nivel între originea sa din punte și periferie (facies), sau (2) o leziune centrală a neuronului motor central între cortex și punte. O leziune periferică a NC VII, exemplificată aici prin paralizia Bell, este comparată cu o leziune centrală, exemplificată printr-un accident vascular cerebral în emisfera stângă. Cele două tipuri de leziuni se deosebesc prin efectele diferite pe care le produc la nivelul etajului superior al feței.

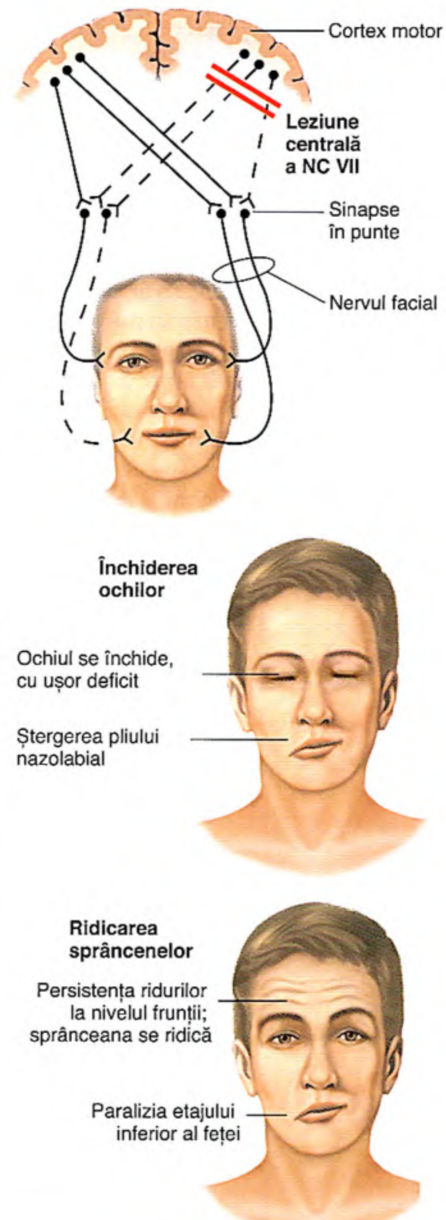
Etajul inferior al feței este în mod normal controlat de neuronii motori centrali localizați numai de o parte a cortexului – partea opusă. *Lezarea acestor căi de partea stângă, întâlnită într-un AVC, produce paralizia etajului inferior drept al feței.* Etajul superior al feței este însă controlat de căi provenite din ambele emisfere. Deși neuronii motori centrali de partea stângă sunt distruși, cei aflați de partea dreaptă sunt indemni, și ca urmare etajul superior drept al feței continuă să funcționează relativ bine.

Leziune periferică a NC VII

Lezarea periferică a NC VII produce paralizia întregii jumătăți drepte a feței, inclusiv fruntea.



Leziune centrală a NC VII

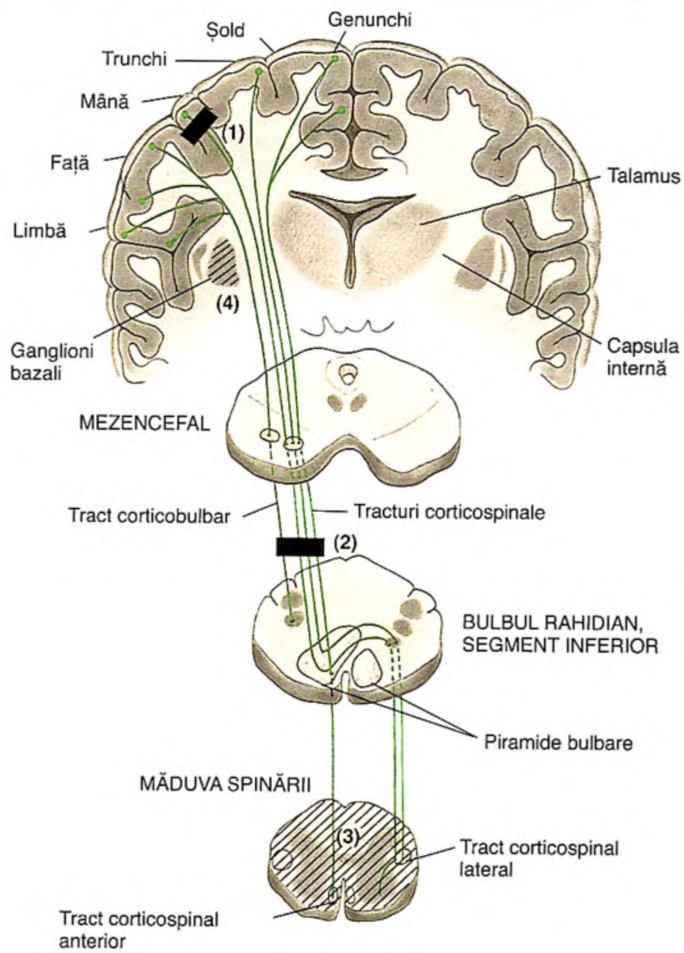


Tulburări ale tonusului muscular

	Spasticitate	Rigiditate	Flaciditate	Paratonie
Localizarea leziunii	Neuron motor central al tractului corticospinal la orice nivel între cortex şi măduva spinării	Sistemul ganglionilor bazali	Neuron motor periferic la orice nivel între celulele cornului anterior şi nervii periferici	Ambele emisfere, de obicei la nivelul lobilor frontali
Descriere	Creşterea tonusului muscular *(hipertonie)* dependentă de viteza mobilizării. Tonusul este mai mare atunci când mobilizarea pasivă este rapidă, şi mai scăzut atunci când mişcarea este lentă. Tonusul este mai accentuat şi la extremele arcului de mişcare. În timpul unei mişcări pasive rapide, hipertonia iniţială poate ceda brusc atunci când membrul se relaxează. Această succesiune de spasticitate şi relaxare este cunoscută sub denumirea de rezistenţă în "lamă de briceag".	Rezistenţa crescută care persistă pe parcursul întregului arc de mişcare, independentă de viteza mobilizării, este denumită *rigiditate "în ţeavă de plumb"*. Flexia şi extensia articulaţiei pumnului şi a cotului se asociază cu o blocare intermitentă supraadăugată numită rigiditate "în roată zimţată".	Diminuarea sau dispariţia tonusului muscular *(hipotonie)*, care determină flaciditatea membrului. Membrele afectate pot fi hiperextensibile sau chiar flasce. Muşchii flacizi prezintă de asemenea hipotonie.	Modificări bruşte ale tonusului la mobilizare pasivă. Dispariţia bruscă a tonusului cu facilitarea mobilizării pasive a unui membru este denumită *mitgehen* (care contribuie la). Creşterea bruscă a tonusului cu îngreunarea mobilizării este denumită *gegenhalten* (care se opune; rezistenţă involuntară la mişcări pasive ale extremităţilor).
Cauza frecventă	Accident vascular cerebral, de obicei în stadiu tardiv sau cronic	Parkinsonism	Sindrom Guillain-Barré; şi în faza iniţială a unei leziuni medulare (şoc spinal) sau a unui AVC	Demenţă

Tulburări ale sistemului nervos central și periferic

Tulburări ale sistemului nervos central



(se continuă la pag. 728)

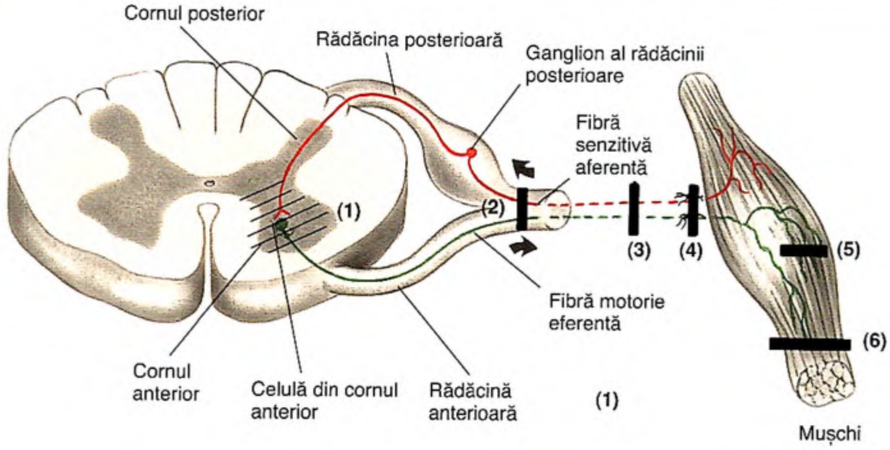
Tulburări ale sistemului nervos central și periferic (continuare)

Tulburări ale sistemului nervos central

Localizarea leziunii	Prezentare tipică: *Sistem motor*	*Sistem senzitiv*	*Reflexe osteotendinoase*	Exemple de cauze
Cortexul cerebral (1)	Deficit motor și spasticitate cronică, controlaterală, de tip corticospinal. La nivelul brațului flexia este mai puternică decât extensia, flexia plantară este mai puternică decât dorsiflexia piciorului, iar membrul inferior este în rotație externă în articulația șoldului.	Controlateral, parestezii la nivelul membrelor și al trunchiului, de aceeași parte cu deficitul motor	↑	AVC cortical
Trunchiul cerebral (2)	Deficit motor și spasticitate ca mai sus, plus deficite ale nervilor cranieni de tip diplopie (consecutivă hipotoniei musculaturii extraoculare) și disartrie	Variabil; fără tulburări tipice de sensibilitate	↑	AVC de trunchi cerebral, neurinom de acustic
Măduva spinării (3)	Deficit motor și spasticitate ca mai sus, dar cu afectarea frecventă a ambelor hemicorpuri (atunci când leziunea medulară este bilaterală) ce determină paraplegie sau tetraplegie în funcție de nivelul leziunii	Deficit senzitiv distribuit dermatomeric pe trunchi bilateral la nivelul leziunii și parestezii prin lezarea tracturilor sub nivelul leziunii	↑	Traumatism care determină compresie medulară
Substanța cenușie subcorticală: ganglionii bazali (4)	Încetinirea mișcării (bradichinezie), rigiditate și tremor	Fără afectare a sensibilității	Normal sau ↓	Parkinsonism
Cerebelul (neilustrat)	Hipotonie, ataxie și alte mișcări anormale inclusiv nistagmus, disdiadocochinezie și dismetrie	Fără afectare a sensibilității	Normal sau ↓	AVC cerebelos, tumoră cerebrală

(tabelul se continuă la pagina 729)

Tulburări ale sistemului nervos periferic



Localizarea leziunii	Prezentare tipică: *Sistem motor*	*Sistem senzitiv*	*Reflexe osteotendinoase*	Exemple de cauze
Celulele cornului anterior (1)	Deficit motor şi atrofie cu distribuţie segmentară sau localizată; fasciculaţii	Sensibilitate indemnă	↓	Poliomielită, scleroză laterală amiotrofică
Nervii spinali şi rădăcinile spinale (2)	Deficit motor şi atrofie în teritoriul de distribuţie al unei rădăcini nervoase; uneori cu fasciculaţii	Deficite senzitive în dermatoamele corespunzătoare	↓	Hernie de disc cervical sau lombar
Nervi periferici - mononeuropatie (3)	Deficit motor şi atrofie în teritoriul de distribuţie al unui nerv periferic; uneori cu fasciculaţii	Parestezie în teritoriul de distribuţie al nervului respectiv	↓	Traumatism
Nervi periferici - polineuropatie (4)	Deficit motor şi atrofie mai pronunţate distal decât proximal; uneori cu fasciculaţii	Deficite senzitive, de obicei cu distribuţie de tip "în mănuşă" şi "în şosetă"	↓	Polineuropatia periferică din alcoolism, diabet zaharat
Joncţiunea neuromusculară (5)	Fatigabilitate mai mult decât deficit motor	Sensibilitate indemnă	Normal	Miastenia gravis
Muşchi (6)	Deficit motor mai pronunţat proximal decât distal; rareori fasciculaţii	Sensibilitate indemnă	Normal sau ↓	Distrofie musculară

PLANȘA 17-10

Tulburări de mers și postură



Hemipareza spastică

Indică leziuni ale tractului corticospinal produse de un AVC și este caracterizată prin disfuncții ale mușchilor flexori în faza de balans a mersului. Brațul afectat este în flexie, imobil și susținut aproape de trunchi, cu flexia articulației cotului, pumnului și articulațiilor interfalangiene. Mușchii extensori ai membrului inferior afectat prezintă spasticitate; glezna se află în flexie plantară și inversie. Pacienții cu hemiplegie își târăsc degetele de la picioare, au mers spastic cu membrul inferior rigid, neflectat, care la fiecare pas execută mișcări de rotație în exterior apoi în interior realizând un semicerc (*circumducție*), sau se deplasează cu trunchiul aplecat de partea controlaterală pentru a elibera piciorul afectat în timpul mersului.[38]



Mersul forfecat

Indică leziuni ale măduvei spinării care determină spasticitate bilaterală a membrelor inferioare, inclusiv spasm al adductorilor și tulburări proprioceptive. Mersul este spastic. Fiecare picior înaintează lent și coapsele tind să se încrucișeze la fiecare pas. Pașii sunt mici. Pacientul pare că merge prin apă.



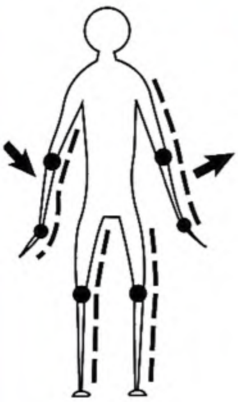
Mersul stepat

Întâlnit la pacienții cu "picior căzut", în neuropatiile periferice care afectează dorsiflexia piciorului. Pacienții fie își târăsc piciorul pe podea, fie îl ridică prea sus, cu genunchiul flectat, apoi îl coboară lovind podeaua, ca și cum ar urca pe scări. Mersul pe călcâie nu este posibil. Mersul stepat poate fi prezent uni- sau bilateral. Mușchiul tibial anterior și mușchii extensori ai degetelor de la picioare prezintă deficit motor.



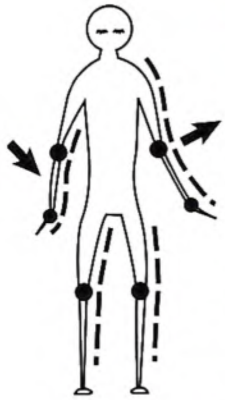
Mersul parkinsonian

Reflectă afectarea ganglionilor bazali în boala Parkinson. Postura este rigidă, cu trunchiul aplecat în față și flexia capului, brațelor, șoldurilor și a genunchilor. Pacienții inițiază mișcările cu dificultate. Pașii sunt scurți și ezitanți, cu grăbire involuntară (*festinație*). Balansul brațelor este diminuat, iar întoarcerile se realizează cu dificultate, "în bloc". Controlul postural este deficitar (*retropulsie*).



Ataxia cerebeloasă

Reflectă afectarea cerebelului sau a tracturilor asociate. Mersul este nesigur, șovăitor, instabil și cu bază largă de susținere, iar întoarcerile se realizează cu mari dificultăți. Pacienții nu-și pot menține echilibrul în ortostațiune cu picioarele apropiate, indiferent dacă ochii sunt închiși sau deschiși. Există și alte semne de afectare cerebeloasă, precum dismetrie, nistagmus și tremor intențional.



Ataxia senzitivă

Cauzată de deficite ale sensibilității proprioceptive la nivelul membrelor inferioare (în polineuropatie sau leziuni de cordoane posterioare). Mersul este instabil, cu bază largă de susținere (cu picioarele depărtate). Pacienții aruncă picioarele înainte și în exterior și apoi le coboară, atingând podeaua inițial cu călcâiele apoi cu vârfurile, cu un zgomot de dublă lovire. În timpul mersului privesc în jos către pământ pentru ghidare. Cu ochii închiși, nu pot menține echilibrul în ortostațiune cu picioarele apropiate (semn Romberg pozitiv), iar mersul nesigur se agravează.

PLANȘA 17-11

Coma metabolică și coma structurală

Deși există multe cauze de comă, majoritatea pot fi clasificate ca fiind *structurale* sau *metabolice*. Modul de prezentare poate varia de la un pacient la altul; caracteristicile enumerate mai jos reprezintă mai degrabă un ghid decât criterii stricte de diagnostic. Rețineți că tulburările psihiatrice pot mima coma.

	Comă toxic-metabolică	Comă structurală
Fiziopatologie	Intoxicația centrilor de alertă sau depleția substraturilor	Leziunea distruge sau comprimă centrii de alertă din trunchiul cerebral, fie direct fie secundar unor leziuni distale expansive.
Trăsături clinice		
• Pattern respirator	Dacă respirația este regulată, poate fi normală sau hiperventilație. Dacă este neregulată, de obicei respirația este de tip Cheyne-Stokes.	Respirație neregulată, în special de tip Cheyne-Stokes sau respirație ataxică. De asemenea, cu unele tipare stereotipe precum respirația "apneustică" (pauze respiratorii în momentul de inspir maxim) sau hiperventilație centrală.
• Diametrul și reacția pupilară	Pupile cu dimensiuni egale, reactive la lumină. Dacă sunt *punctiforme* în urma consumului de opioide sau colinergice, aveți nevoie de o lupă pentru a observa reacția.	Pupile inegale sau areactive la lumină (fixe) *Pupile de dimensiuni medii, fixe* – sugerează compresie mezencefalică
	Pot fi areactive dacă sunt *fixe și dilatate* din cauza consumului de anticolinergice sau a hipotermiei	*Pupile dilatate, fixe* – sugerează compresia NC III prin herniere
• Starea de conștiență	Se modifică *după* modificarea pupilară	Se modifică *înainte* de modificarea pupilară
Exemple de cauze	Uremie, hiperglicemie	Hemoragie epidurală, subdurală sau intracerebrală
	Alcool, droguri, insuficiență hepatică	Infarct sau embolie cerebrală
	Hipotiroidism, hipoglicemie	Tumoră, abces
	Anoxie, ischemie	Infarct, tumoră sau hemoragie de trunchi cerebral
	Meningită, encefalită	Infarct, hemoragie, tumoră sau abces cerebelos
	Hipertermie, hipotermie	

PLANŞA 17-12 Pupilele la pacientul comatos

Dimensiunea, egalitatea pupilară şi reacţia la lumină ajută la identificarea cauzei comei şi determinarea regiunii cerebrale afectate. Reţineţi că pot exista anomalii pupilare preexistente, anterioare instalării comei, cum ar fi utilizarea picăturilor oftalmice cu miotice în glaucom sau a celor cu midriatice pentru vizualizarea fundului de ochi.



Pupile mici sau punctiforme

Pupilele mici bilateral (1-2,5 mm) sugerează (1) leziuni ale căilor simpatice din hipotalamus, sau (2) encefalopatie metabolică (afectare difuză a funcţiei cerebrale de diverse cauze, inclusiv droguri). Reacţia la lumină este de obicei normală.

Pupilele punctiforme (<1 mm) sugerează (1) hemoragie pontină, sau (2) efectele morfinei, heroinei sau a altor narcotice. Reacţiile la lumină pot fi observate cu ajutorul lupei.



Pupile de dimensiuni medii, fixe

Pupilele care au *dimensiuni medii sau sunt uşor dilatate* (4-6 mm) şi sunt *fixe la lumină* sugerează o leziune structurală mezencefalică.



Pupile mari

Pupilele dilatate şi fixe bilateral pot indica anoxie severă asociată cu efectele sale simpatomimetice, situaţie întâlnită de exemplu după un stop cardiac. De asemenea pot fi consecinţa utilizării agenţilor atropin-like, fenotiazinelor sau antidepresivelor triciclice.

Pupilele mari, reactive bilateral reflectă consumul de cocaină, amfetamine, LSD sau alţi agonişti ai sistemului nervos simpatic.

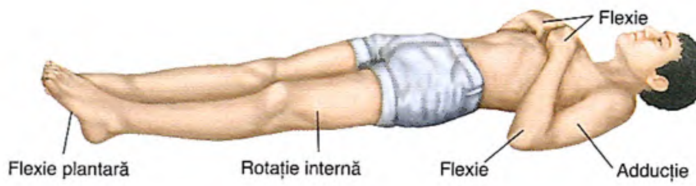


O pupilă mare

Prezenţa unei pupile *fixe şi dilatate* anunţă hernierea lobului temporal, care determină compresie asupra nervului oculomotor şi a mezencefalului.

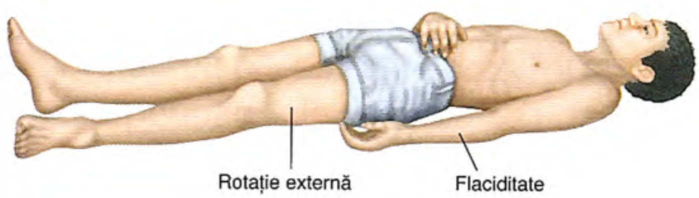
PLANŞA 17-13

Posturi anormale la pacientul comatos



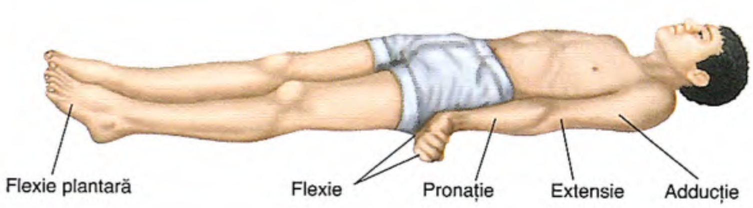
Rigiditatea de decorticare (contractură în flexie)

Rigiditatea de decorticare se manifestă clinic prin adducţia braţelor, flexia antebraţelor, flexia mâinilor şi a degetelor. Membrele inferioare sunt în extensie şi rotaţie internă. Picioarele sunt în flexie plantară. Postura reflectă o leziune distructivă a tracturilor corticospinale la nivelul emisferelor cerebrale sau în imediata lor vecinătate. Poate fi uni- sau bilaterală; atunci când este unilaterală, reprezintă postura din hemiplegia spastică cronică.



Hemiplegia (în faza incipientă)

Lezarea cerebrală unilaterală bruscă a tractului corticospinal poate determina *hemiplegie* (paralizie a unui hemicorp), care în faza incipientă a evoluţiei sale este flască. Spasticitatea se dezvoltă ulterior. Membrul superior şi cel inferior afectate de paralizie cad moale şi fără tonus atunci când sunt ridicate şi lăsate să cadă pe pat. Mişcările spontane sau răspunsul la stimulii nociceptivi sunt limitate la hemicorpul opus. Membrul inferior poate fi în rotaţie externă. Etajul inferior al hemifeţei poate fi paralizat, iar obrazul proemină în expir. Ambii globi oculari pot fi deviaţi în partea opusă hemicorpului paralizat.



Rigiditatea de decerebrare (contractură în extensie)

Rigiditatea de decerebrare se manifestă clinic prin contracţia maxilarelor (care sunt încleştate), extensia gâtului (prin contractura musculaturii axiale la nivelul cefei), adducţia umerilor, extensia coatelor, pronaţia antebraţelor şi flexia pumnilor şi a degetelor. Membrele inferioare sunt în extensie *(contractură în extensie la nivelul genunchilor)*, cu picioarele în flexie plantară. Această postură poate surveni spontan sau numai ca răspuns la stimuli externi precum lumină, zgomot sau durere. Este cauzată de o leziune în diencefal, mezencefal sau punte, dar şi de unele tulburări metabolice severe precum hipoxia sau hipoglicemia.

Categorii speciale de populație

3

CAPITOLUL

Evaluarea pacientului pediatric: din perioada de sugar la cea de adolescență

18

Peter G. Szilagyi, MD, MPH[1]



În prezenta ediție, acest capitol se remarcă prin mai buna evidențiere a aspectelor relevante pentru fiecare grup de vârstă pediatrică. El debutează prin abordarea principiilor generale ale dezvoltării copilului și prin elemente importante referitoare la promovarea sănătății. În continuare, include secțiuni dedicate nou-născuților, sugarilor, copiilor mici, școlarilor și adolescenților. Pentru fiecare din grupele de vârstă amintite se abordează aspecte legate de dezvoltare, istoricul medical, profilaxie și consiliere, precum și tehnicile de examinare. De asemenea, pe parcursul capitolului se fac multe referiri la elemente noi deduse din medicina bazată pe dovezi. Capitolul se încheie cu un exemplu detaliat de redactare a unei evaluări medicale pediatrice, cu referințe bibliografice actualizate și planșe concludente ilustrând patologia pediatrică.



Organizarea capitolului – rezumat



[1]MD = medic, MPH = Master în Sănătate Publică



Adesea, medicii debutanţi, şi chiar o parte dintre cei cu experienţă, sunt intimidaţi atunci când evaluează un sugar sau un copil care plânge, în mod special dacă aceasta se întâmplă în faţa ochilor critici ai unor părinţi anxioşi. Deşi este nevoie de curaj, veţi ajunge să acceptaţi cu uşurinţă astfel de provocări şi chiar să vă bucure majoritatea acestor întâlniri.

Revedeţi Capitolul 1, "Noţiuni introductive: Examenul clinic obiectiv şi anamneza", pentru metodele şi secvenţialitatea examinării adulţilor. Atunci când examinaţi un sugar sau un copil, secvenţialitatea examinării trebuie să varieze în funcţie de vârsta copilului şi de starea sa de confort sau disconfort. *Începeţi cu manevrele confortabile şi încheiaţi cu cele care pot genera un disconfort.* De exemplu, începeţi examinarea cu palparea capului şi gâtului, urmată de auscultarea cordului şi pulmonilor, şi încheiaţi cu examenul cavităţii bucale, a urechilor şi palparea abdomenului. În cazul în care copilul acuză dureri într-o anumită regiune a corpului, aceasta trebuie examinată la final.

Formatul fişei medicale pediatrice este identic celui pentru adulţi. Deşi secvenţa de desfăşurare a etapelor examenului fizic variază, redactaţi rezultatele acestuia în format clasic.



PRINCIPII GENERALE ALE DEZVOLTĂRII COPILULUI

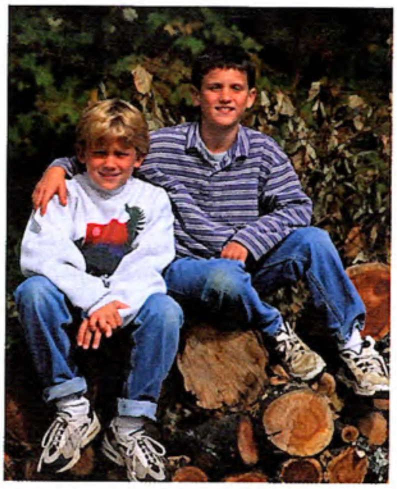
Copilăria este o perioadă de acumulări remarcabile în sfera fizică, cognitivă şi socială, fiind în mod indubitabil cea mai importantă din viaţa unui om din acest punct de vedere. Pe parcursul a numai câţiva ani, copiii se dezvoltă fizic de 20 ori mai mult faţă de momentul naşterii, acumulează elemente de limbaj şi de raţionament sofisticate, realizează interacţiuni sociale complexe, devenind în final adulţi. Un parcurs într-adevăr interesant!

Cunoaşterea dezvoltării normale a copiilor din punct de vedere fizic, cognitiv şi social facilitează o anamneză şi un examen fizic corect şi ajută medicul să facă deosebirea între elementele normale şi cele anormale.



Cele patru principii ale dezvoltării copilului[1]

- Dezvoltarea copilului urmează un model predictibil.
- Limitele dezvoltării normale sunt largi.
- Dezvoltarea şi sănătatea copilului pot fi influenţate de diferiţi factori fizici, sociali şi de mediu, precum şi de diverse afecţiuni.
- Nivelul dezvoltării copilului influenţează modul în care realizaţi anamneza şi examenul fizic.



- Primul principiu al *dezvoltării copilului* este acela că aceasta *urmează un model predictibil*, ghidat de maturarea creierului. Puteţi aprecia dezvoltarea unui copil ca fiind normală sau anormală în funcţie de prezenţa sau absenţa unor achiziţii specifice vârstei. În momentul în care copilul face o achiziţie în planul dezvoltării, el va trece la următoarea. Pierderea unor achiziţii dobândite anterior este îngrijorătoare. Având în vedere că veţi examina copilul la un anumit moment în timp, trebuie să apreciaţi în ce punct al traiectoriei dezvoltării se află acesta.

- Al doilea principiu este acela că *limitele dezvoltării normale sunt largi*. Ritmul în care copiii se dezvoltă este diferit. Fiecare achiziţie în plan fizic, cognitiv şi social trebuie să se încadreze între limitele largi considerate normale.

- Al treilea principiu postulează faptul că *dezvoltarea şi sănătatea copilului pot fi influenţate de diferiţi factori fizici, sociali şi de mediu precum şi de diverse afecţiuni*. De exemplu, afecţiunile cronice, diferitele forme de abuz şi sărăcia pot determina anomalii fizice şi pot modifica ritmul şi cursul dezvoltării. Copiii cu dizabilităţi în plan fizic sau cognitiv pot să nu urmeze traiectoria aşteptată, adecvată vârstei, a dezvoltării. Adaptaţi examenul fizic la nivelul de dezvoltare a copilului.

- Al patrulea principiu, specific examinării pediatrice, este acela că *nivelul dezvoltării copilului influenţează modul în care realizaţi anamneza şi examenul fizic*. De exemplu, realizarea anamnezei unui copil de 5 ani este fundamental diferită faţă de cea a unui adolescent. La fel, examinarea fizică a unui preşcolar curios care "răvăşeşte" cabinetul este complet diferită de cea a unui adolescent timid. Atât secvenţialitatea cât şi stilul examinării diferă faţă de pacientul adult. Trebuie să ajustaţi examenul fizic la nivelul de dezvoltare al copilului, încercând în acelaşi timp să apreciaţi cât mai exact care este acesta. Cunoaşterea etapelor dezvoltării normale ale unui copil vă ajută să dobândiţi deprinderea examinării pediatrice.

PROMOVAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ŞI CONSILIEREA: ELEMENTE CHEIE

Afirmaţia lui Benjamin Franklin, conform căreia "un gram de prevenţie este mai valoros decât un kilogram de tratament", este în mod particular adevărată când ne referim la copii sau adolescenţi, deoarece profilaxia începută la o vârstă mică poate genera un organism sănătos de-a lungul a zeci de ani. Medicii pediatri dedică un volum de timp substanţial vizitelor pentru supravegherea stării de sănătate a copiilor şi activităţilor de educaţie medicală.

Există organizaţii naţionale şi internaţionale care au redactat ghiduri pentru promovarea stării de sănătate a copiilor.[2-5] Conceptul actual al promovării stării de sănătate include nu numai detectarea precoce şi profilaxia afecţiunilor, ci şi promovarea activă a unei stări de bine a copiilor şi a familiilor acestora în planul sănătăţii fizice, cognitive, emoţionale şi sociale.

"*Fiecare interacţiune cu un copil şi cu familia acestuia reprezintă o oportunitate pentru promovarea stării de sănătate a acestuia.*" Atât în timpul anamnezei cât şi al examinării fizice a copilului priviţi interacţiunea cu acesta din două perspective: tradiţionala identificare a problemelor medicale şi promovarea stării sale de sănătate.

În timpul examinării copilului oferiţi sugestii pentru stimularea dezvoltării acestuia, adecvate vârstei sale. Sugestiile oferite pot fi referitoare la citit, comunicare, cântatul la un instrument muzical şi optimizarea activităţilor care stimulează dezvoltarea motricităţii fine şi grosiere. Informaţi părinţii în legătură cu următoarele etape din dezvoltarea copilului lor şi arătaţi-le metodele prin care acestea pot fi stimulate. Nu uitaţi: părinţii joacă un rol important în promovarea stării de sănătate a copiilor lor, sfaturile voastre fiind puse în practică prin intermediul lor.

Academia Americană de Pediatrie (American Academy of Pediatrics, AAP) a publicat ghiduri referitoare la *consultaţiile pentru supravegherea stării de sănătate*, menţionând reperele adecvate vârstei pacientului ce trebuie urmărite în timpul acestor consultaţii (vezi www.aap.org). Nu uitaţi că adolescenţii şi copiii care prezintă afecţiuni cronice, sau cei care provin din familii sau medii cu risc crescut pentru o anumită afecţiune, vor necesita probabil mai multe astfel de consultaţii şi o promovare mai intensă a stării de sănătate. Strategiile şi problemele cheie ale promovării stării de sănătate, specifice fiecărei grupe de vârstă, se regăsesc pe parcursul acestui capitol.

Corelaţi explicaţiile referitoare la rezultatele examenului clinic obiectiv cu elemente de promovare a stării de sănătate. De exemplu, acordaţi sfaturi referitoare la modificările care în mod normal acompaniază maturizarea organismului, sau la felul în care stilul de viaţă poate influenţa rezultatele examenului clinic (e.g., exerciţiile fizice pot reduce tensiunea arterială şi obezitatea). Nu uitaţi să demonstraţi relaţia dintre un stil de viaţă sănătos şi o stare bună de sănătate.

Vaccinările din perioada copilăriei reprezintă piatra de temelie a promovării stării de sănătate şi au fost considerate în întreaga lume ca fiind cea mai importantă achiziţie medicală din domeniul promovării sănătăţii publice. Schema vaccinărilor din perioada copilăriei suferă modificări şi actualizări anuale, publicate pe scară largă şi anunţate pe paginile de internet ale Centrelor pentru Controlul şi Profilaxia Bolilor (Centers for Disease Control and Prevention) şi al AAP.[6,7] Tabelele de pe următoarele două pagini ilustrează Calendarul Vaccinărilor din SUA, valabil pentru anul 2008.

Calendarul vaccinărilor recomandat pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0–18 ani

— STATELE UNITE ALE AMERICII • 2008

Pentru cei care au omis o vaccinare sau au început schema mai târziu, vezi calendarul de "recuperare"

Vaccin ▼ Vârstă ▶	Naștere	1 lună	2 luni	4 luni	6 luni	12 luni	15 luni	18 luni	19–23 luni	2–3 ani	4–6 ani
Hepatită B	HepB	HepB			HepB						
Rotavirus			Rota	Rota	Rota						
Difterie, Tetanos, Pertussis			DTaP[2,3]	DTaP	DTaP		DTaP				DTaP
Haemophilus influenzae tip b			Hib	Hib	*Hib*	Hib					
Pneumococ			PCV[4]	PCV	PCV	PCV				PPV[5]	
Virusuri poliomielitice inactivate			IPV[6]	IPV	IPV						IPV
Virusuri gripale (Influenza)					Vaccinuri antigripale (anual)						
Rujeolă, Oreion, Rubeolă						ROR					ROR
Varicelă						anti-varicelă					anti-varicelă
Hepatită A						HepA (2 doze)				Serii (vaccinări complete) de HepA	
Meningococ										MCV4[7]	

Limitele de vârstă în care este recomandat să se încadreze vaccinarea

Recomandările pentru grupuri populaționale cu risc crescut

Vaccin ▼ Vârstă ▶	7-10 ani	11-12 ani	13-18 ani
Difterie, Tetanos, Pertussis		Tdap[8,9]	Tdap
Papillomavirusuri Umane		HPV[10] (3 doze)	Serii (vaccinări complete) de HPV
Meningococ	MCV4	MCV4	MCV4
Pneumococ	PPV		
Virusuri gripale (Influenza)	Vaccinuri antigripale (anual)		
Hepatită A	Serii (vaccinări complete) de HepA		
Hepatită B	Serii (vaccinări complete) de HepB		
Virusuri poliomielitice inactivate	Serii (vaccinări complete) de IPV		
Rujeolă, Oreion, Rubeolă	Serii (vaccinări complete) de ROR		
Varicelă	Serii (vaccinări complete) de anti-varicelă		

Limitele de vârstă în care este recomandat să se încadreze vaccinarea

Recomandările pentru vaccinările "de recuperare"

Recomandările pentru grupuri populaționale cu risc crescut

[2] aP (accelular pertussis) = pertussis acelular
[3] DTaP = vaccinul Diftero–Tetano–Pertussis folosit la vaccinarea inițială, la copii
[4] PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine) = Vaccin Pneumococic Conjugat
[5] PPV (Pneumococcal polysaccharide vaccine) = Vaccin Pneumococic Polizaharidic
[6] IPV (Inactivated Poliomyelitis Viruses) = Virusuri Poliomielitice Inactivate
[7] MCV4 (Tetravalent Meningococcal Conjugate Vaccine) = Vaccin Meningococic Conjugat Tetravalent
[8] ap (accelular pertussis) = pertussis acelular
[9] Tdap = vaccinul Diftero–Tetano–Pertussis folosit la rapelurile vaccinării; pentru vaccinurile Diftero–Tetano–Pertussis, în abrevieri, componentele scrise cu majuscule se găsesc în doze mari, cele scrise cu minuscule se găsesc în doze mici
[10] HPV (Human Papillomaviruses) = Papillomavirusuri Umane

Acest calendar al vaccinărilor obligatorii, valabil de la 1 Decembrie 2007, indică vârstele recomandate, în cadrul grupei de vârstă 0-18 ani, pentru administrarea vaccinurilor pediatrice care aveau licență la momentul respectiv. Informații suplimentare sunt disponibile la **www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules**. Orice vaccin care nu a fost administrat la vârsta recomandată va fi administrat la o consultație ulterioară, dacă acest lucru este indicat și posibil a fi realizat. Vaccinări suplimentare cu preparate având licență pot fi recomandate în timpul anului respectiv. Vaccinurile combinate care au licență pot fi recomandate dacă unele dintre componente sunt indicate a fi administrate la o anumită vârstă, iar restul componentelor nu sunt contraindicate și dacă sunt aprobate de FDA (Food and Drug Administration) pentru utilizarea ca doză vaccinală din cadrul unei anumite serii vaccinale. **Atât producătorii/furnizorii de vaccinuri cât și persoanele abilitate să le administreze trebuie să consulte recomandările comitetului supervizor (Advisory Committee on Immunization Practice - ACIP) pentru orice detaliu, inclusiv pentru afecțiunile considerate ca având risc crescut, în cazul cărora sunt necesare vaccinări suplimentare: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/ACIP-list.htm.** Reacțiile adverse semnificative clinic secundare vaccinărilor trebuie înregistrate în Sistemul de Raportare al Reacțiilor Adverse Postvaccinale (Vaccine Adverse Event Reporting System – VAERS). Îndrumări referitoare la modalitatea de obținere și completare a formularelor VAERS sunt disponibile la www.vaers.hhs.gov sau prin telefon la **800-822-7976**.

Calendarul vaccinărilor "de recuperare" — STATELE UNITE ALE AMERICII • 2008

pentru persoane cu vârste cuprinse între 4 luni–18 ani, care au început târziu vaccinările sau au omis o vaccinare pentru un interval mai mare de o lună față de recomandări

Tabelul de mai jos cuprinde schema de "recuperare"și intervalul minim dintre doze pentru copiii a căror vaccinare a fost întârziată. O serie vaccinală nu trebuie reîncepută, indiferent de timpul care a trecut între doze. Folosiți secțiunea din tabel adecvată vârstei copilului.

CALENDARUL VACCINĂRILOR "DE RECUPERARE" PENTRU PERSOANELE CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 4 LUNI – 6 ANI					
Vaccin	Vârsta minimă pentru prima doză	Intervalul minim dintre doze			
		Dintre Doza 1 și Doza 2	Dintre Doza 2 și Doza 3	Dintre Doza 3 și Doza 4	Dintre Doza 4 și Doza 5
Hepatită B	la naștere	4 săptămâni	8 săptămâni (și 16 săptămâni după prima doză)		
Rotavirus	6 săptămâni	4 săptămâni	4 săptămâni		
Difterie, Tetanos, Pertussis	6 săptămâni	4 săptămâni	4 săptămâni	6 luni	6 luni
Haemophilus influenzae tip b	6 săptămâni	**4 săptămâni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă <12 luni **8 săptămâni (reprezentând ultima doză)** dacă prima doză a fost administrată în intervalul de vârstă 12–14 luni **Nu sunt necesare doze suplimentare** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă ≥ 15 luni	**4 săptămâni** dacă vârsta actuală este <12 luni **8 săptămâni (reprezentând ultima doză)** dacă vârsta actuală este ≥ 12 luni și doza a doua a fost administrată la o vârstă <15 luni **Nu sunt necesare doze suplimentare** dacă doza precedentă a fost administrată la o vârstă ≥ 15 luni	**8 săptămâni (reprezentând ultima doză)** Această doză este necesară numai pentru copiii cu vârste cuprinse între 12 luni și 5 ani, care au primit 3 doze înainte de vârsta de 12 luni	
Pneumococ	6 săptămâni	**4 săptămâni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă <12 luni **8 săptămâni (reprezentând ultima doză)** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă ≥ 12 luni iar vârsta actuală este cuprinsă în intervalul 24–59 luni **Nu sunt necesare doze suplimentare** pentru copiii sănătoși, dacă prima doză a fost administrată la o vârstă ≥ 24 luni	**4 săptămâni** dacă vârsta actuală este <12 luni **8 săptămâni (reprezentând ultima doză)** dacă vârsta actuală este ≥ 12 luni **Nu sunt necesare doze suplimentare** pentru copiii sănătoși, dacă doza precedentă a fost administrată la o vârstă ≥ 24 luni	**8 săptămâni (reprezentând ultima doză)** Această doză este necesară numai pentru copiii cu vârste cuprinse între 12 luni și 5 ani, care au primit 3 doze înainte de vârsta de 12 luni	
Virusuri poliomielitice inactivate	6 săptămâni	4 săptămâni	4 săptămâni	4 săptămâni	
Rujeolă, Oreion, Rubeolă	12 luni	4 săptămâni			
Varicelă	12 luni	3 luni			
Hepatită A	12 luni	6 luni			
CALENDARUL VACCINĂRILOR "DE RECUPERARE" PENTRU PERSOANELE CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 7 – 18 ANI					
Tetanos, Difterie/ Tetanos, Difterie, Pertussis	7 ani	4 săptămâni	**4 săptămâni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă <12 luni **6 luni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă ≥ 12 luni	**6 luni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă <12 luni	
Papillomavirusuri Umane	9 ani	4 săptămâni	12 săptămâni		
Hepatită A	12 luni	6 luni			
Hepatită B	La naștere	4 săptămâni	8 săptămâni (și 16 săptămâni după prima doză)		
Virusuri poliomielitice inactivate	6 săptămâni	4 săptămâni	4 săptămâni	4 săptămâni	
Rujeolă, Oreion, Rubeolă	12 luni	4 săptămâni			
Varicelă	12 luni	**4 săptămâni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă ≥ 13 ani **3 luni** dacă prima doză a fost administrată la o vârstă < 13 ani			

Există *testări cu valoare de screening* care se realizează la anumite vârste. Pentru toți copiii, acestea includ aprecierea parametrilor de creștere și dezvoltare care au valoare de test screening la toate vârstele, măsurarea tensiunii arteriale după perioada de sugar, și teste screening pentru analizatorii vizual și auditiv care se realizează la anumite vârste cheie. Testele screening recomandate în mod particular pentru pacienții care prezintă risc crescut pentru o anumită afecțiune includ testele pentru: intoxicația cu plumb, expunerea la tuberculoză, anemie, colesterol, infecțiile tractului urinar și bolile cu transmitere sexuală. Există variații între țări în ceea ce privește recomandările pentru testele screening; recomandările AAP se regăsesc la www.aap.org.[2]

Măsurile profilactice reprezintă o componentă importantă a consultațiilor pediatrice. Zonele cheie atinse de acestea sunt expuse în cele ce urmează și acoperă un spectru larg de subiecte, de la cele privind sănătatea din punct de vedere strict "medical", la sănătatea socială și emoțională. Toți acești factori influențează sănătatea copiilor.

Pentru a avea o populaţie mai sănătoasă, *trebuie* să realizăm o promovare a stării de sănătate în timpul copilăriei cât mai cuprinzătoare şi acoperind zone cât mai largi şi variate. De acest lucru depinde viitorul copiilor noştri.

Componentele cheie ale promovării stării de sănătate la populaţia de vârstă pediatrică

1. Achiziţiile specifice vârstei în dezvoltarea copilului
   - În plan fizic (maturizarea, creşterea, apariţia pubertăţii)
   - În plan motor (achiziţii care implică motricitatea fină şi grosieră)
   - În plan cognitiv (achiziţia reperelor importante specifice vârstei, limbajul, performanţele şcolare)
   - În plan emoţional (conştiinţa propriei eficienţe, respectul de sine, independenţa, moralitatea)
   - În plan social (acumularea de competenţe în plan social, simţul răspunderii, integrarea în cadrul familiei şi al societăţii)
2. Consultaţii pentru supravegherea stării de sănătate
   - Evaluarea periodică a sănătăţii - inclusiv a sănătăţii cavităţii bucale (conform programului prestabilit de vizite pentru supravegherea stării de sănătate)
   - Frecvenţa acestor consultaţii se ajustează în cazul copiilor sau familiilor cu necesităţi speciale
3. Corectarea rezultatelor examinării clinice printr-un stil de viaţă sănătos
4. Calendarul vaccinărilor
5. Testele de screening
6. Măsurile profilactice[9]
   - Stil de viaţă sănătos
   - Alimentaţie sănătoasă
   - Siguranţă şi prevenirea accidentărilor
   - Dezvoltarea sexuală şi sexualitatea
   - Simţul răspunderii şi conştiinţa propriei eficacităţi
   - Relaţiile intrafamiliale (intensitatea acestora, caracterul de susţinere)
   - Sănătatea mentală şi emoţională
   - Sănătatea orală
   - Prevenţia şi diagnosticarea diferitelor afecţiuni
   - Prevenirea viciilor
   - Educaţie şi încurajarea aptitudinilor
   - Relaţiile colegiale
   - Interacţiunile sociale
7. Colaborarea dintre medic şi copil, adolescent, familie

EVALUAREA NOU-NĂSCUTULUI

Primul an de viaţă, respectiv perioada de sugar, este împărţit în perioada neonatală (primele 28 de zile) şi perioada post-neonatală (de la ziua 29 de viaţă până la 1 an).

SFATURI PENTRU EXAMINAREA NOU-NĂSCUŢILOR

- Examinaţi nou-născutul în prezenţa părinţilor.
- Îmbrăcaţi întâi nou-născutul, apoi dezbrăcaţi-l pe măsură ce îl examinaţi.
- Faceţi întuneric în încăpere şi stimulaţi tactil nou-născutul pentru a-l determina să deschidă ochii.

(se continuă)

SFATURI PENTRU EXAMINAREA NOU-NĂSCUȚILOR (CONTINUARE)

- Dacă este posibil, observaţi nou-născutul în timp ce este alimentat (mai ales dacă este alimentat natural).
- Învăţaţi părinţii cum să facă manevre liniştitoare pentru nou-născut (e.g., înfăşarea în scutece).
- Observaţi şi în acelaşi timp explicaţi părinţilor modificările care apar la trezirea nou-născutului.
- Succesiunea tipică pentru examinarea unui nou-născut cu un disconfort minim pentru acesta este următoarea:
  - Observarea atentă
  - Cap, gât, cord, pulmoni, abdomen, sistem urogenital
  - Membre inferioare, regiunea posterioară a trunchiului
  - Urechi, cavitate bucală
  - Ochi, atunci când aceştia sunt deschişi spontan
  - Tegument, pe măsură ce progresaţi cu examinarea
  - Sistem neurologic
  - Şolduri



Adesea, prima examinare pediatrică în afara celei care are loc în sala de naşteri se realizează în spital în primele 24 de ore de viaţă.

Dacă este posibil, examinaţi nou-născutul în prezenţa părinţilor, astfel încât aceştia să aibă posibilitatea de a interacţiona cu dumneavoastră şi de a vă adresa întrebări. Adesea, părinţii pun întrebări specifice despre aspectul fizic al bebeluşului lor, astfel încât pentru părinţi este liniştitor să menţionaţi elemente apreciate ca fiind normale pe măsură ce avansaţi cu examinarea. Observaţi legătura emoţională dintre părinţi şi nou-născut şi apreciaţi cât de bine prind mamelonul şi sug bebeluşii alimentaţi natural. Alăptarea la sân este un proces optim atât fiziologic cât şi psihologic, dar la început multe mame au nevoie de sfaturi şi ajutor. Depistarea precoce a dificultăţilor în acest sens, precum şi sfaturile cu caracter anticipativ, pot promova şi ajuta alăptarea.

Nou-născuţii sunt în mod deosebit responsivi la o oră sau două după ce mănâncă, moment în care nu sunt nici prea sătui (şi ca urmare mai puţin responsivi), nici prea înfometaţi (şi adesea agitaţi). Începeţi evaluarea nou-născutului cu el îmbrăcat şi într-o stare de confort. Ulterior, dezbrăcaţi-l pe măsură ce îl examinaţi, pentru a-l stimula treptat şi a nu-l trezi brusc. Dacă nou-născutul devine agitat, folosiţi un obiect care îl linişteşte, de exemplu o suzetă sau un biberon cu lapte (în cazul în care nu este alimentat natural). Reîmbrăcaţi bebeluşul atât timp cât este necesar pentru a vă permite efectuarea acelor părţi ale examinării care necesită ca nou-născutul să fie liniştit.

EVALUAREA NOU-NĂSCUTULUI IMEDIAT DUPĂ NAŞTERE

Examinarea nou-născuţilor imediat după naştere este importantă pentru aprecierea stării lor generale şi a gradului de dezvoltare, dar şi pentru detectarea anomaliilor în

dezvoltarea gestațională și a oricăror anomalii congenitale. Prin această examinare puteți depista afecțiuni cardiace, respiratorii sau neurologice. Auscultați cu stetoscopul partea anterioară a toracelui, palpați abdomenul, și examinați (prin inspecție) capul, gâtul, cavitatea bucală, membrele, organele genitale și perineul.

Scorul Apgar. Scorul Apgar reprezintă evaluarea cea mai importantă a nou-născutului imediat după naștere. Este constituit din cinci componente utilizate pentru clasificarea recuperării neurologice a nou-născutului și a adaptării sale la viața extrauterină imediat după naștere. Acordați fiecărui nou-născut o notă (scor) conform tabelului următor, la 1 și respectiv 5 minute după naștere. Nota se bazează pe câte o scală cu 3 puncte (0, 1, sau 2) pentru fiecare dintre cele cinci componente. Scorul final poate varia între 0 și 10. Evaluarea scorului Apgar poate continua la intervale de câte 5 minute până când acesta este mai mare decât 7. Dacă scorul Apgar la 5 minute este mai mare sau egal cu 8, continuați cu o examinare mai aprofundată.[10]

Sistemul Scorului Apgar[10]

Scorul acordat			
Semnul clinic	**0**	**1**	**2**
Frecvența cardiacă	Absentă	<100	>100
Mișcările respiratorii	Absente	Rare și neregulate	Eficiente; puternice
Tonusul muscular	Hipotonie	Ușoară flexie a extremităților	Mișcări active
Excitabilitatea reflexă*	Lipsa răspunsului	Grimasă	Plâns viguros, strănut sau tuse
Culoarea tegumentelor	Cianotice, palide	Corpul rozat, extremitățile cianotice	Roz-generalizat

*Reacția la manevra de sucțiune la nivelul narinelor realizată cu ajutorul unei seringi

Scorul Apgar la 1 minut		Scorul Apgar la 5 minute	
8–10	Normal	8–10	Normal
5–7	Un grad de deprimare a sistemului nervos	0–7	Risc crescut de afectare secundară a sistemului nervos central și disfuncții ale altor organe și sisteme
0–4	Deprimare severă, necesitând resuscitare imediată		

Vârsta gestațională și greutatea la naștere. *Clasificați nou-născuții în funcție de vârsta gestațională (apreciată prin gradul de maturare) și de greutatea la naștere.* Aceste clasificări vă ajută să anticipați eventualele probleme medicale și

riscul de morbiditate. Există ghiduri clinice practice pentru sugarii născuţi înaintea unei anumite vârste gestaţionale definite, sau care au avut la naştere o greutate considerată mică.

Vârsta gestaţională se defineşte pe baza anumitor semne neuromusculare specifice şi a unor caracteristici fizice care se modifică în timpul sarcinii pe măsură ce fătul se maturează. *Sistemul Scorului Ballard* estimează vârsta gestaţională cu o eroare de maxim ± 2 săptămâni, chiar şi pentru nou-născuţii cu grad extrem de prematuritate. Pagina 748 cuprinde întregul Sistem al Scorului Ballard, cu instrucţiuni pentru evaluarea gradului de maturare fizică şi neuromusculară[11].

CLASIFICAREA ÎN FUNCŢIE DE VÂRSTA GESTAŢIONALĂ ŞI DE GREUTATEA LA NAŞTERE

Vârsta gestaţională

Clasificare	*Vârsta gestaţională*
• Prematur (pre-termen)	<37 săptămâni (<259 zile)
• La termen	37–42 săptămâni
• Postmatur (post-termen)	>42 săptămâni (>294 zile)

Greutatea la naştere

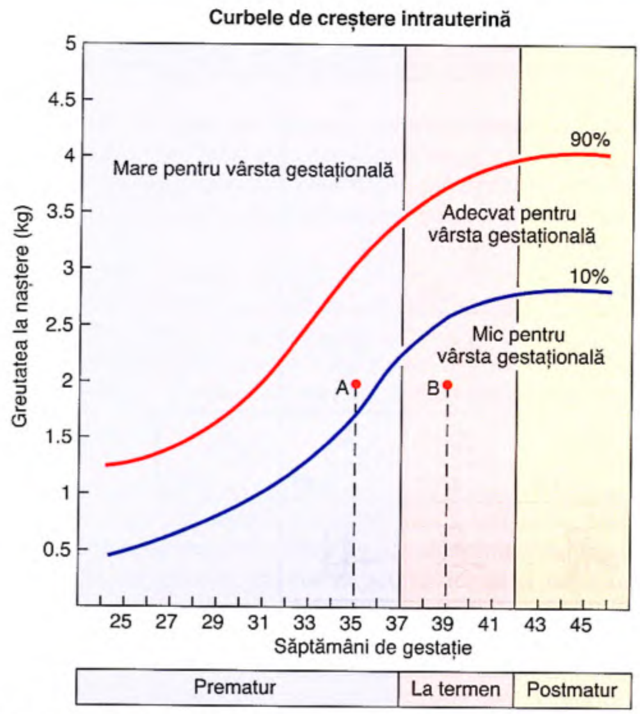
Clasificare	*Greutate*
• Greutate extrem de mică la naştere	<1000 grame
• Greutate foarte mică la naştere	<1500 grame
• Greutate mică la naştere	<2500 grame
• Greutate normală la naştere	≥2500 grame

O clasificare utilă, prezentată mai jos, ia în calcul poziţia pe curba de creştere intrauterină a greutăţii la naştere în funcţie de vârsta gestaţională la naştere.

Clasificarea nou-născuţilor[10]

Categorie	Abreviere	Percentilă
Mic pentru vârsta gestaţională	SGA (small for gestational age)	<10%
Adecvat pentru vârsta gestaţională	AGA (appropriate for gestational age)	10%-90%
Mare pentru vârsta gestaţională	LGA (large for gestational age)	>90%

Figura de pe pagina următoare prezintă curbele de creştere intrauterină corespunzătoare percentilelor 10% şi 90% şi ilustrează diferite categorii de maturizare a nou-născuţilor în funcţie de vârsta gestaţională şi de greutatea la naştere.



Nivelul creșterii intrauterine bazat pe vârsta gestaţională şi greutatea la naştere a nou-născuţilor vii, de rasă albă, proveniţi din sarcină unică. Punctul A reprezintă un nou-născut prematur, în timp ce punctul B indică un nou-născut cu aceeaşi greutate la naştere dar care este născut la termen şi este SGA; curbele de creştere sunt reprezentative pentru percentilele 10% şi 90% a tuturor nou-născuţilor exemplificaţi prin această imagine. (Adaptat după Sweet YA. Clasificarea nou-născuţilor cu greutate mică la naştere. În Klaus MH, Fanaroff AA. Care of the high-risk neonate. 3rd ed. Philadelphia. WB Saunders, 1986. Reprodus cu permisiune.)

Nou-născuţii LGA pot prezenta dificultăţi în timpul naşterii. Nou-născuţii mamelor cu diabet sunt adesea LGA şi pot prezenta disfuncţii metabolice la scurt timp de la naştere, precum şi anomalii congenitale.

Cei trei nou–născuţi din imaginea de mai jos au fost toţi născuţi la vârsta gestaţională de 32 de săptămâni şi au cântărit 600 g (SGA), 1400 g (AGA) şi respectiv 2750 g (LGA). Fiecare dintre aceste categorii prezintă o rată diferită de mortalitate, cea mai mai mare pentru prematurii SGA şi LGA, şi cea mai mică pentru nou-născuţii la termen AGA.

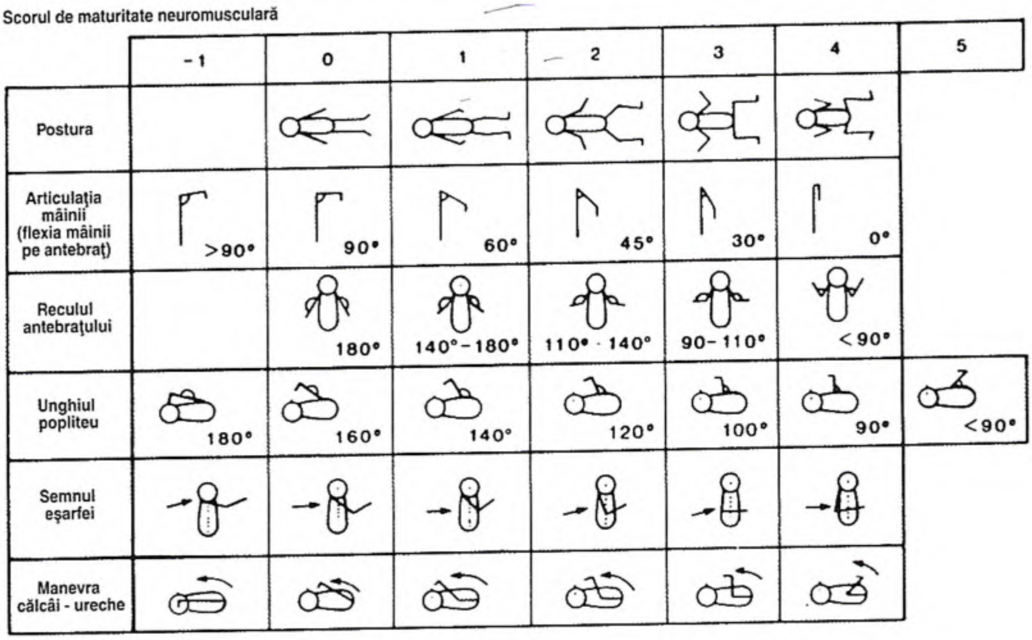
Prematurii LGA sunt mai predispuşi la afecţiuni precum: sindromul de detresă respiratorie, episoade de apnee, persistenţa canalului arterial cu şunt stânga–dreapta şi infecţii. *Prematurii SGA* prezintă mai frecvent episoade de asfixie, hipoglicemie şi hipocalcemie.



(Retipărită cu permisiune din Korones SB: High-risk newborn infants: the basis for intensive nursing care, 4th ed. St. Louis, CV Mosby, 1986.)

Sistemul de Scor Ballard pentru determinarea vârstei gestaționale exprimată în săptămâni

Scorul de maturitate neuromusculară



	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Articulația mâinii (flexia mâinii pe antebraț)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Reculul antebrațului		180°	140°–180°	110° - 140°	90–110°	<90°	
Unghiul popliteu	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
Semnul eșarfei							
Manevra călcâi - ureche							

Scorul de maturitate fizică

	-1	0	1	2	3	4	5
Tegumente	lipicioase, friabile, transparente	gelatinoase, roșii, translucide	neted-catifelate, roz, vene vizibile	descuamare superficială și/sau eritem, puține vene	fisuri, zone palide, vene rare	tegumente pergamentoase, fisuri adânci, fără vase vizibile	fisuri, cute (riduri) – tegumente "zbârcite"
Lanugo	absent	rar	abundent	rarefiat	zone fără lanugo	predominant fără lanugo	
Suprafața plantară (și crestele plantare)	distanța călcâi–haluce 40-50 mm: -1 <40 mm: - 2	>50 mm fără creste	linii roșii slab definite	numai creasta transversă anterioară	creste pe 2/3 anterioare ale plantei	creste pe întreaga plantă	
Regiunea mamară	areolă mamară imperceptibilă	areolă mamară vag perceptibilă	areolă mamară plată, fără țesut mamar palpabil	areolă mamară conturată, 1-2 mm țesut mamar palpabil	areolă mamară reliefată, 3-4 mm țesut mamar palpabil	areolă mamară bine definită, 5-10 mm țesut mamar palpabil	
Ochi/urechi	pleoape lipite ușor: -1 strâns: -2	pleoape dezlipite (ochi deschiși), pavilion auricular neted, rămâne îndoit	pavilion auricular ușor încurbat; moale; recul slab după îndoire	pavilion auricular bine încurbat; moale, dar cu recul ferm după îndoire	pavilion auricular format, ferm la palpare, cu recul instantaneu după îndoire	cartilaj auricular gros, pavilion ferm la palpare	
Organe genitale masculine	scrot neted, moale	scrot gol, pliuri vag conturate	testicule în partea superioară a canalului inghino-scrotal, pliuri scrotale rare	testicul în curs de coborâre în scrot, câteva pliuri scrotale	testicule prezente în scrot, pliuri scrotale bine definite	testiculele își schimbă poziția la palpare, pliuri scrotale adânci	
Organe genitale feminine	clitoris proeminent, labii plate	clitoris proeminent, labiile mici în curs de evidențiere	clitoris proeminent, labiile mici formate	labiile mari la fel de proeminente cu cele mici	labiile mari le depășesc în dimensiuni pe cele mici	labiile mari acoperă clitorisul și labiile mici	

Relația dintre scorul de maturitate și vârsta gestațională

scor	săptămâni
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

__Criteriile de maturitate neuromusculară__ sunt menționate în jumătatea superioară a tabelului. Nou-născuții care au prezentat asfixie la naștere, cei sedați de substanțele anestezice administrate mamei în timpul nașterii sau de consumul matern de droguri din timpul sarcinii, vor avea scorul de maturitate neuromusculară fals scăzut. În aceste situații scorul trebuie recalculat la 24 și 48 ore de viață. __Criteriile de maturitate fizică__ sunt menționate în jumătatea inferioară a tabelului și explicate în detaliu. Suma scorurilor obținute la toate criteriile de maturitate neuromusculară și fizică furnizează estimativ vârsta gestațională exprimată în săptămâni, conform tabelului prin care se definește relația dintre scorul de maturitate și vârsta gestațională, tabel prezentat în partea de jos-dreapta. (Tabele preluate din Ballard JL, et al. J Pediatr 119:417, 1991.)

EVALUAREA NOU-NĂSCUTULUI DUPĂ CÂTEVA ORE DE LA NAŞTERE

În timpul primei zile de viaţă, nou-născuţii trebuie să beneficieze de o examinare completă. Aşteptaţi o oră sau două după masă, moment în care nou-născutul prezintă reactivitate maximă, şi rugaţi părinţii să rămână în camera în care faceţi examinarea. Respectaţi succesiunea etapelor examinării aşa cum a fost prezentată la pag. 743-744.

Faceţi inspecţia nou-născutului dezbrăcat. Observaţi culoarea nou-născutului, mărimea sa, proporţiile dintre segmentele corpului, statusul nutriţional, postura, precum şi mişcările respiratorii şi mişcările capului şi ale membrelor. În mod normal, nou-născuţii la termen stau culcaţi într-o poziţie simetrică, cu toate membrele în semiflexie şi abducţia parţială a membrelor inferioare la nivelul şoldurilor.

Nou-născuţii poziţionaţi la naştere în *prezentaţie pelvină incompletă* au membrele inferioare şi capul în extensie; dacă *prezentaţia pelvină este completă* atunci membrele inferioare ale nou-născutului vor fi în abducţie şi rotaţie externă.

Observaţi activitatea motorie spontană a nou-născutului, cu mişcări de flexie şi extensie alternative la nivelul membrelor superioare şi inferioare. Degetele mâinii sunt în general flectate, cu pumnul strâns, dar se pot extinde prin mişcări posturale atetozice lente. Veţi observa un tremor de scurtă durată şi amplitudine mică al corpului şi al extremităţilor, mai ales în timpul episoadelor de plâns viguros, dar posibil şi în timpul somnului.

Din ziua a 4-a de viaţă, tremorul în repaus este semnul unei afectări a sistemului nervos central de etiologie variată, de la *hipoxie* cerebrală până la *sevrajul la medicamente/droguri.*

Studiile realizate de Dr. T. Berry Brazelton şi de către alţi medici au demonstrat că nou-născuţii prezintă o paletă largă de aptitudini, care sunt descrise mai jos. Părinţii vor fi încântaţi să le afle.

În orice moment postnatal, mişcările asimetrice ale braţelor şi picioarelor nou-născutului sugerează fie un *deficit neurologic periferic* sau *central,* fie *un traumatism la naştere* (ex. fractură de claviculă sau lezarea plexului brahial), fie *anomalii congenitale.*

CE POATE FACE UN NOU-NĂSCUT*

Elementele principale

- Nou-născuţii îşi folosesc toate cele cinci simţuri. De exemplu, ei preferă să privească feţele oamenilor şi îşi întorc privirea (capul) către vocea părinţilor.
- Nou-născuţii au personalităţi unice. Există diferenţe marcate între ei în ceea ce priveşte temperamentul, personalitatea, comportamentul şi capacitatea de învăţare.
- Nou-născuţii interacţionează în mod dinamic cu cei care îi îngrijesc (atenţie, această interacţiune este "o stradă cu dublu - sens"!)

Exemple ale complexităţii comportamentului nou-născutului

Obişnuinţa	Capacitatea de a ignora stimulii negativi în mod selectiv şi progresiv (e.g., un sunet repetitiv)
Ataşamentul	Un proces reciproc, dinamic, de interacţiune şi legătură afectivă cu persoanele care îl îngrijesc
Autoreglarea stării sale de confort-disconfort	Capacitatea de a-şi modula gradat reacţia la stimuli de intensitate diferită (e.g., auto-consolarea)
Percepţia	Capacitatea de a privi figuri umane, de a privi înspre direcţia de unde aude o voce, de a se linişti la auzul unei melodii, de a urmări cu privirea obiecte colorate, de a fireactiv la atingere, de a recunoaşte arome familiare

*Elemente punctate de dr. T. Berry Brazelton, MD. [12]

Nou-născuţii care nu manifestă aceste elemente comportamentale pot prezenta afecţiuni neurologice, sevraj la medicamente/droguri, sau o patologie gravă.

EVALUAREA SUGARULUI



DEZVOLTAREA

Dezvoltarea fizică.[13] Dezvoltarea fizică este maximă în timpul perioadei de sugar. La vârsta de 1 an, greutatea sugarului ar trebui să se tripleze față de cea de la naștere, iar lungimea sa să fie cu 50% mai mare.

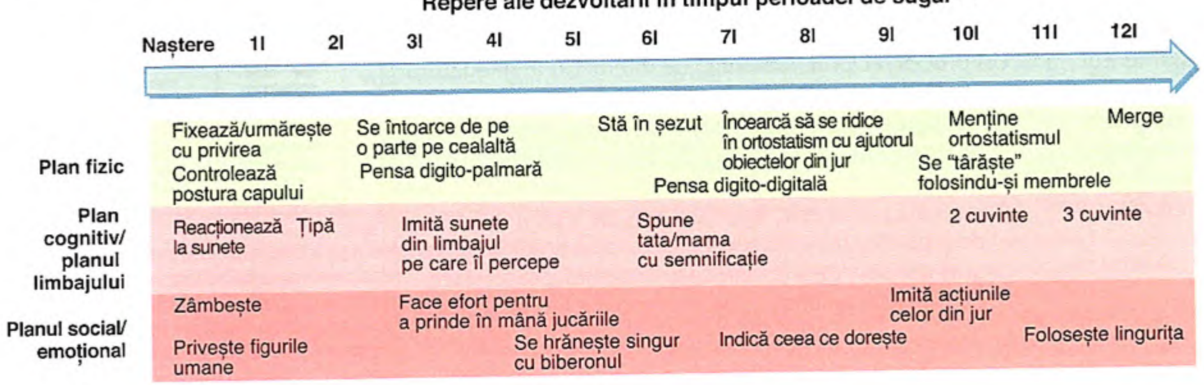
Tabelul de mai jos arată uimitorul progres în dezvoltare înregistrat în timpul perioadei de sugar. Chiar și nou-născuții au capacități surprinzătoare, cum ar fi aceea de a fixa și urmări cu privirea figurile umane. Dezvoltarea neurologică progresează de la nivel central către periferie. Prin urmare, sugarii învață să-și controleze postura capului înainte de cea a corpului și respectiv să-și utilizeze brațele, antebrațele, coapsele și gambele înaintea mâinilor și degetelor.

Activitatea, explorarea și interacțiunea directă cu elementele mediului înconjurător favorizează procesul de învățare. La vârsta de 3 luni, sugarii cu dezvoltare normală își pot controla postura capului și pot bate din palme. La 6 luni, ei pot trece din decubit dorsal în decubit ventral, întind mâna după obiecte, se întorc înspre direcția din care aud o voce și chiar pot sta în șezut cu sprijin. Pe măsură ce coordonarea periferică se îmbunătățește, sugarii reușesc să "prindă în mână" fără ajutor obiectele dorite, să le transfere dintr-o mână în cealaltă, să se "târască" folosindu-și mâinile și picioarele, să mențină ortostatismul cu sprijin și să se joace cu jucăriile ținându-le în mână iar apoi "trântindu-le" sau "zgâlțâindu-le". Un sugar în vârstă de 1 an își poate menține ortostatismul fără sprijin. Tot la această vârstă sugarul are tendința de a duce totul la gură.[14]



Dezvoltarea cognitivă și a limbajului. Explorarea mediului favorizează în cazul sugarilor atât cunoașterea acestuia cât și descoperirea propriei persoane. Sugarii învață astfel relația cauză-efect (e.g., relația dintre sunet și mișcarea unei jucării care produce zgomot), ideea de stabilitate (permanență) a obiectelor, precum și modul în care acestea se folosesc. În jurul vârstei de 9 luni, ei pot recunoaște în persoana care îi examinează un străin cu care trebuie să colaboreze într-o manieră precaută, se refugiază în confortul oferit de părinți în timpul examinării și manipulează activ obiectele la care pot ajunge (e.g., echipamentul medical cu care sunt examinați). Dezvoltarea limbajului progresează de la stadiul de gângurit la vârsta de 2 luni, la cel de lalalizare la vârsta de 6 luni și apoi la cel în care copilul spune 1-3 cuvinte cu înțeles, la vârsta de 1 an.[15]

Repere ale dezvoltării în timpul perioadei de sugar[13]



Dezvoltarea în plan social şi emoţional. Cunoaşterea propriei persoane şi a familiei este de asemenea un factor maturizant. Acumulările în plan social includ legătura emoţională, ataşamentul faţă de cei care îi îngrijesc şi încrederea că aceştia le vor satisface necesităţile. Temperamentul variază de la un sugar la altul. Unii sugari sunt predictibili, adaptabili şi reacţionează într-o manieră pozitivă la noi stimuli; alţii sunt mai puţin predictibili şi reacţionează la stimuli noi în mod intens sau chiar negativ. Întrucât mediul în care creşte sugarul îi afectează dezvoltarea socială, acordaţi atenţie modului în care aceştia interacţionează cu cei care îi îngrijesc.

ANAMNEZA

Folosiţi metode adecvate gradului de dezvoltare a sugarului, cum ar fi *distragerea atenţiei acestuia* şi *jocul* cu el, pentru a-l putea examina. Întrucât sugarii acordă atenţie unui singur lucru într-un anumit moment, este relativ uşor să le distrageţi atenţia de la examinare către altceva. Distrageţi atenţia sugarului mişcând un obiect, folosind o sursă de lumină intermitentă, jucându-vă de-a v-aţi ascunselea cu el, gâdilându-l, sau făcând orice fel de zgomot.

În cazul în care nu puteţi distrage atenţia sugarului sau nu puteţi face ca un sugar treaz să urmărească un obiect, faţa dumneavoastră sau un sunet, suspectaţi un posibil *deficit vizual* sau *auditiv.*

SFATURI PENTRU EXAMINAREA SUGARILOR

- Apropiaţi-vă de sugar treptat, folosind o jucărie sau un obiect pentru a-i distrage atenţia.
- Realizaţi cea mai mare parte a examinării cu sugarul pe genunchii sau în braţele părintelui.
- Vorbiţi-i încet, calm, cu blândeţe, sau mimaţi sunetele sugarului pentru a-i atrage atenţia într-un mod pozitiv.
- Dacă sugarul are o dispoziţie capricioasă, înainte de a începe examinarea asiguraţi-vă că acestuia nu îi este foame.
- Întrebaţi-l pe unul dintre părinţi ce poate face copilul său, pentru a putea aprecia gradul de dezvoltare a acestuia şi relaţia sa cu părintele respectiv.

Sfaturi generale

Începeţi examinarea cu sugarul aşezat pe genunchii părintelui sau culcat în braţele acestuia. Dacă sugarul este obosit, flămând, sau bolnav, rugaţi părintele să îl ţină alipit de pieptul său. Este foarte util ca jucăriile potrivite vârstei, o păturică sau alte obiecte familiare sugarului să fie situate în apropiere. Este posibil ca un sugar flămând să trebuiască să fie hrănit iniţial pentru a putea fi examinat.

Observaţi interacţiunea părinte-sugar. Remarcaţi afectivitatea părintelui când vorbeşte despre copilul său precum şi modul în care acesta îşi ţine, mişcă, îmbracă sau consolează copilul. Apreciaţi şi comentaţi modalităţile de interacţiune pozitive, cum ar fi evidenta mândrie care se citeşte pe faţa mamei din imaginea de mai sus.



Observarea modului de comunicare între sugar şi părintele său poate releva situaţii anormale, cum ar fi *întârzierea în dezvoltarea psihică sau a limbajului*, un *deficit auditiv*, sau un *ataşament parental inadecvat*. De asemenea, aceste observaţii pot identifica un model deficitar de creştere/ educaţie a copilului,

De obicei sugarii nu se opun dezbrăcării. Pentru a evita situaţiile în care sugarul vă poate "uda", este înţelept să lăsaţi sugarul în scutece (pampers) în timpul examinării; îndepărtaţi scutecul numai când examinaţi organele genitale, rectul, partea inferioară a coloanei vertebrale şi şodurile.

care poate fi determinat de o *depresie maternă* sau de un *sprijin social inadecvat.*

Testarea reperelor principale ale dezvoltării

Întrucât veţi dori să cuantificaţi performanţa maximă pe care o poate realiza sugarul, este indicat ca verificarea reperelor dezvoltării să se facă după anamneză, chiar înaintea examinării propriu-zise. Acest interludiu "distractiv, bazat pe joc" va favoriza cooperarea dintre medic şi copil în timpul examinării. Clinicienii experimentaţi pot insera evaluarea dezvoltării printre alte părţi ale examinării. Tabelul de la pag. 750 punctează unele dintre reperele importante ale dezvoltării fizice sau motorii, cognitive sau a limbajului şi socio-emoţionale din primul an de viaţă.

Unul dintre testele standard pentru evaluarea reperelor în dezvoltare pe parcursul perioadei de sugar şi a copilăriei este testul Denver, un test screening pentru evaluarea dezvoltării (Denver Development Screening Test - DDST). El este conceput în scopul detectării întârzierilor din 4 domenii ale dezvoltării, de la naştere până la împlinirea vârstei de 6 ani. Cele 4 domenii testate sunt: personal-social, motricitatea fină adaptativă, limbajul şi motricitatea grosieră.

Există o paletă de afecţiuni care determină întârziere în mai multe repere temporale ale dezvoltării. Pentru majoritatea copiilor cu întârziere în dezvoltare motorie, de limbaj sau psiho-socială, cauzele sunt necunoscute. Printre cauzele cunoscute se numără *anomalii în dezvoltarea embrionară* (e.g., factori etiologici prenatali, defecte cromozomiale); *afecţiuni ereditare şi genetice* (e.g., erori sau anomalii genetice); *factori de mediu şi sociali* (e.g., o stimulare insuficientă a dezvoltării copilului); *afecţiuni gestaţionale sau perinatale* (e.g., insuficienţa placentară, prematuritatea); *afecţiuni ale copilăriei* (e.g., infecţii, traumatisme, boli cronice).

Formularul pentru testarea DDST este prezentat pe următoarele două pagini şi cuprinde instrucţiunile pentru înregistrarea observaţiilor specifice. Fiecare reper testat este reprezentat pe formular sub axa vârstei, sub forma unui dreptunghi care indică vârsta la care 25%, 50%, 75% şi respectiv 90% din copii ating respectivul reper al dezvoltării. *Testul DDST măsoară reperele dezvoltării numai în cele 4 domenii amintite. El nu reprezintă o măsură a inteligenţei.*



Testul DDST este un test screening cu specificitate crescută, astfel încât copiii normali vor fi apreciaţi în urma efectuării testului ca având dezvoltare normală. Totuşi, testul DDST nu este foarte sensibil. Mulţi copii cu întârziere uşoară în dezvoltare vor fi apreciaţi ca având dezvoltare normală în urma testării. În mod particular, secţiunea care testează dezvoltarea limbajului este destul de săracă în repere testate şi, în consecinţă, nu detectează copiii cu întârziere uşoară în dezvoltarea limbajului. Deşi testul DDST este util, există şi alte instrumente mai sofisticate pentru aprecierea dezvoltării motorii, de limbaj şi sociale a copiilor.

Dacă un sugar sau copil cooperant nu reuşeşte să realizeze mai multe repere ale testului DDST, este posibil ca el să aibă o întârziere în dezvoltare, necesitând prin urmare teste şi evaluări mai exacte.

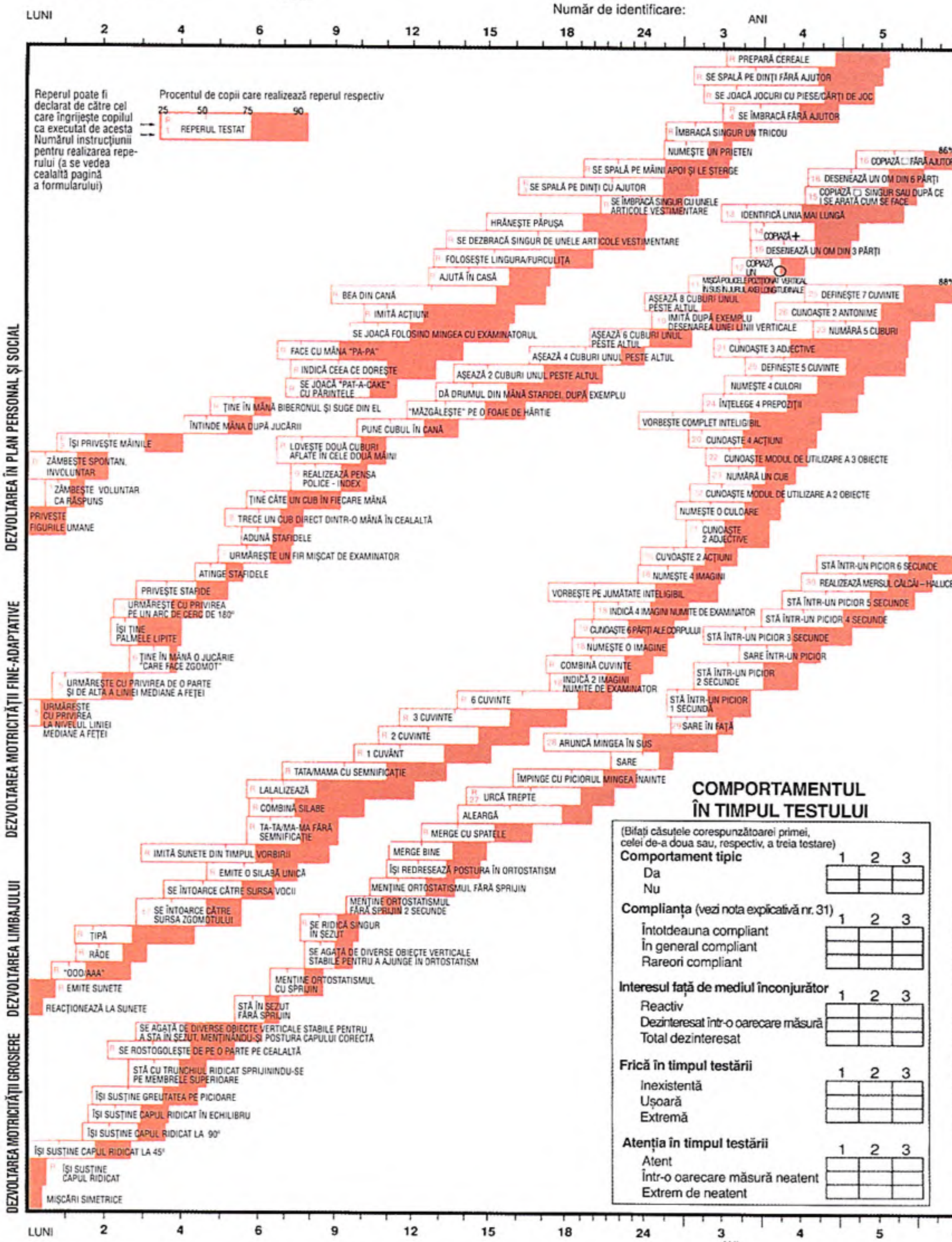
Folosiţi testul DDST ca pe un test adjuvant în cadrul unei examinări mai complexe a dezvoltării copiilor. O întârziere în dezvoltare suspectată în timpul examenului clinic general sau prin testarea DDST impune o evaluare mai complexă. Pentru sugarii născuţi prematur, ajustaţi reperele temporale ale dezvoltării considerate ca fiind normale în funcţie de vârsta gestaţională, până când aceştia împlinesc vârsta de 12 luni.

TESTUL SCREENING DENVER PENTRU EVALUAREA DEZVOLTĂRII
(DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST – DDST)

Denver II

Examinator:
Data:

Nume:
Data nașterii:
Număr de identificare:

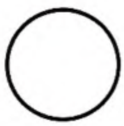


Obiectele utilizate în timpul testării, formularele testului și manualele de referință (care trebuie folosite pentru a asigura acuratețea testării) pentru testul DDST pot fi comandate de la Denver Developmental Materials Incorporated, P.O. Box 6919, Denver, CO 80206-0919. (Retipărit cu permisiune din William K. Frankenburg, M.D.)

(formularul continuă la pagina 754)

INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE

1. Încercați să determinați copilul să zâmbească, să vorbească sau să facă semnul "pa-pa" cu mâna fără să îl atingeți.
2. Copilul trebuie să-și privească mâna câteva secunde consecutive.
3. Părintele poate să ajute copilul ghidându-l în timpul periajului dinților și punându-i pasta de dinți pe periuța de dinți.
4. Copilul nu trebuie să fie capabil să-și lege șireturile la încălțăminte sau să-și încheie nasturii/închidă fermoarul la spate.
5. Mișcați firul încet dintr-o parte în alta, "schițând" un arc de cerc situat la aproximativ 20 cm deasupra feței copilului.
6. Copilul realizează reperul testat dacă prinde în mână jucăria care face zgomot atunci când jucăria atinge fața dorsală a degetelor sau vârful acestora.
7. Copilul realizează reperul testat dacă încearcă să vadă unde ajunge firul. Firul aflat în mâna examinatorului trebuie lăsat să cadă fără nici o mișcare a brațului/antebrațului.
8. Copilul trebuie să transfere cubul dintr-o mână în cealaltă fără ajutorul corpului, gurii sau mesei.
9. Copilul realizează reperul testat dacă prinde stafida cu oricare parte a policelui și indexului.
10. Linia trasată de copil poate face un unghi de maxim 30º cu cea trasată de examinator.
11. Țineți pumnul strâns, cu policele îndreptat în sus și mișcați numai policele în jurul axului longitudinal. Copilul realizează reperul testat dacă imită această mișcare arătată de examinator, și nu mișcă alt deget cu excepția policelui.



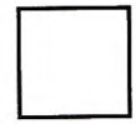
12. Copilul realizează reperul testat dacă desenează orice „formă închisă" (ajunge cu vârful creionului în punctul de plecare). În cazul în care nu reușește, și continuă să traseze linia prin mișcări circulare, se consideră că reperul testat nu a fost realizat.



13. Care linie este mai lungă? (nu mai mare). Întoarceți hârtia invers (cu 180°) și repetați testul. (se consideră că reperul testat a fost realizat când copilul răspunde corect la 3 încercări din 3 sau la 5 încercări din 6).



14. Se consideră reperul testat ca fiind realizat când copilul trasează orice linie care trece prin (sau foarte aproape de) punctul de intersecție.

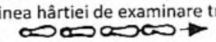


15. Întâi lăsați copilul să copieze imaginea. Dacă nu reușește, arătați-i cum să facă și cereți-i să facă la fel.

În cazul reperelor de la punctele 12, 14 și 15 nu numiți forma pe care trebuie să o copieze copilul. În cazul reperelor de la punctele 12 și 14, nu îi arătați copilului cum să facă.

16. Când numărați câte părți ale corpului uman a desenat copilul, fiecare parte care există în pereche (de ex. 2 membre superioare, 2 membre inferioare) va fi numărată o singură dată.
17. Puneți un cub într-o cană și mișcați apoi ușor cana lângă urechea copilului, dar în afara câmpului vizual al acestuia. Repetați pentru cealaltă ureche.
18. Arătați-i copilului o imagine și rugați-l să spună ce reprezintă. (Nu se consideră realizat reperul respectiv în cazul în care copilul emite doar sunete neinteligibile).
    În cazul în care copilul numește corect mai puțin de 4 imagini, rugați-l să le arate pe măsură ce sunt numite de către examinator.



19. Folosind o păpușă, spuneți-i copilului: Arată-mi nasul, ochii, urechile, gura, mâinile, picioarele, burtica, părul. Reperul se consideră realizat în cazul în care copilul a indicat corect 6 părți ale corpului din cele 8 numite de examinator.
20. Folosind desene, întrebați copilul: Care zboară?.. face "miau"?... vorbește?..latră?...galopează? Reperul se consideră realizat în cazul în care copilul indică în mod corect 2 desene din 5, respectiv 4 desene din 5.
21. Întrebați copilul: Ce faci când îți este frig?...ești obosit?...îți este foame? Reperul se consideră realizat în cazul în care copilul răspunde corect la 2 întrebări din 3, respectiv la 3 întrebări din 3.
22. Întrebați copilul: Ce faci cu o cană? La ce este folosit un scaun? La ce folosește un creion?
    Răspunsurile trebuie să conțină cuvinte care să exprime o acțiune.
23. Reperul testat se consideră realizat în cazul în care copilul pune pe hârtie cuburile și spune câte sunt. (1, 5)
24. Rugați copilul: Pune cubul **pe** masă; **sub** masă; în **fata** mea; **în spatele** meu. Reperul testat se consideră realizat în cazul în care copilul realizează corect 4 acțiuni din 4.
    (Nu ajutați copilul arătându-i răspunsul sau sugerându-i-l din mișcări ale capului sau ochilor.)
25. Întrebați copilul: Ce este o minge?...un lac?...un birou?...o casă?...o banană?...o perdea? ...un gard?...tavanul? Copilul trebuie să definească respectivul reper din punct de vedere al folosirii sale, al formei, al materialului din care este făcut, sau al categoriei generale din care face parte (de ex. banana este un fruct, răspunsul "galbenă" este insuficient). Proba respectivă se consideră realizată în cazul în care copilul răspunde corect la 5 întrebări din 8, respectiv la 7 întrebări din 8).
26. Întrebați copilul: Dacă un cal este mare, atunci un șoarece este_? Dacă focul este fierbinte (cald) atunci gheața este_? Dacă soarele strălucește în timpul zilei, atunci luna strălucește în timpul_? Reperul testat este realizat în cazul în care copilul răspunde corect la 2 din 3 întrebări.
27. Copilul se poate sprijini numai de perete sau de balustradă, nu de o persoană. De asemenea nu are voie să urce treptele "târându-se".
28. Copilul trebuie să arunce mingea în sus 90 cm către brațele întinse ale examinatorului.
29. Copilul aflat în ortostatism la marginea hârtiei de examinare trebuie să sară peste aceasta, în lățimea ei (21,5 cm).
30. Spuneți-i copilului să meargă înainte  plasând călcâiul la maxim 2,5 cm de haluce. Examinatorul îi poate arăta cum trebuie să execute corect. Copilul trebuie să facă 4 pași consecutivi în mod corect.
31. În cel de-al doilea an de viață, jumătate din copiii normali nu sunt complianți.

OBSERVAȚII:
Instrucțiunile sunt tipărite pe contrapagina formularului testului DDST, pentru realizarea unora dintre reperele conținute în Denver Developmental Screening Test. (Retipărite cu permisiune din William K. Frankenburg, M.D.)

PROMOVAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI CONSILIEREA



AAP (Academia Americană de Pediatrie) şi un grup de experţi numit Bright Futures (Viitor strălucitor) recomandă consultaţii pentru supravegherea stării de sănătate a sugarilor şi a mediului în care aceştia cresc, la următoarele vârste ale copilului: la naştere, în prima săptămână de viaţă, şi la 1, 2, 4, 6, 9 şi 12 luni. Acesta este numit "*Programul de supraveghere periodică a sugarului*" (Infant Periodicity Schedule). Vizitele medicale periodice oferă medicului posibilitatea de a răspunde întrebărilor părinţilor, de a evalua creşterea şi dezvoltarea sugarului, de a face o examinare clinică amănunţită şi de a oferi informaţii anticipative cu valoare orientativă pentru părinţi. Aceste sfaturi anticipative cu rol preventiv sunt adecvate vârstei sugarului şi fac referire la obiceiuri şi comportamente sănătoase, competenţele sociale pe care trebuie să le aibă persoanele care îngrijesc sugarul, relaţiile intrafamiliale şi interacţiunea cu comunitatea.

Deşi aceste consultaţii pentru supravegherea şi promovarea stării de sănătate a sugarului abordează multe subiecte, veţi ajunge curând să le apreciaţi şi să vă facă plăcere să le efectuaţi. Întrucât sugarii se simt în general bine în timpul acestor vizite, calitatea acestei experienţe va fi apreciabilă. Părinţii sunt de obicei receptivi la sugestiile care vizează promovarea stării de sănătate, sugestii care pot influenţa major şi pe termen lung sănătatea copilului şi a familiei sale. Deoarece în timpul acestor vizite veţi discuta cu familiile strategii de optimizare a sănătăţii şi a stării de bine a sugarilor, veţi avea nevoie de o capacitate sporită de a dialoga cu aceste familii.

Mai jos sunt prezentate elementele cheie ale unei consultaţii pentru supravegherea stării de sănătate a unui sugar în vârstă de 6 luni. Adaptaţi conţinutul la nivelul de dezvoltare a sugarului.

ELEMENTELE VIZITEI MEDICALE LA UN SUGAR DE 6 LUNI

Discuţia cu părinţii

- Fiţi deschişi întrebărilor şi problemelor care îi preocupă pe părinţi
- Acordaţi sfaturi
- Realizaţi istoricul social
- Evaluaţi dezvoltarea sugarului, starea de nutriţie, siguranţa sa, sănătatea orală, relaţiile intrafamiliale şi intracomunitare

Evaluarea dezvoltării

- Evaluaţi prin anamneză reperele principale ale dezvoltării (vezi DDST)
- Cuantificaţi reperele principale ale dezvoltării prin examinare (vezi DDST)

Examenul fizic

- Realizaţi o examinare atentă şi amănunţită, care să includă parametrii de creştere şi raportarea lor pe percentilele pentru vârstă

Teste de screening

- Evaluarea vederii şi a auzului (prin examen clinic), eventual a hematocritului şi a concentraţiei plumbului (dacă există factori de risc crescut), efectuarea unui screening pentru factorii de risc sociali

Vaccinări

- Vezi calendarul vaccinărilor (pag. 741-742)

Măsuri profilactice

Obiceiuri şi comportamente sănătoase

- Prevenţia traumatismelor şi a îmbolnăvirilor
  Sfaturi legate de: scaun de maşină specific sugarului, scara rulantă, intoxicaţii, expunerea la fumul de ţigară
- Alimentaţie
  Sfaturi legate de: alimentaţia naturală sau artificială, introducerea alimentelor solide în alimentaţie, limitarea consumului de sucuri, prevenirea înecării cu alimente, prevenirea alimentaţiei excesive
- Sănătate orală
  Este interzisă plasarea biberonului în patul copilului; se recomandă administrarea suplimentară de fluor şi periajul dinţilor

Interacţiunea părinte – sugar

- Stimularea dezvoltării copilului

Relaţiile intrafamiliale

- Rezervarea de către părinţi a unui interval de timp dedicat propriilor persoane; la nevoie, se va lua în calcul angajarea unei bone

Interacţiunile intracomunitare

- Vizează îngrijirea copilului şi resursele comunităţii în acest sens

TEHNICI DE EXAMINARE

Starea generală şi parametrii vitali

Măsurarea dimensiunilor corpului sugarului (lungimea, greutatea şi perimetrul cranian) şi a parametrilor vitali (tensiunea arterială, pulsul, frecvenţa respiratorie şi temperatura) sunt esenţiale. Pe paginile de internet care fac referire la aceşti parametrii există tabele care conţin valorile normale pentru tensiunea arterială, lungimea, greutatea, indicele masei corporale (IMC) şi perimetrul cranian. Comparaţi parametrii vitali şi dimensiunile corpului sugarului cu valorile normale pentru vârsta sa, deoarece acestea se schimbă radical pe măsură ce copiii cresc. Unii dintre pediatrii evaluează de asemenea în mod regulat prezenţa durerii, folosind scale pentru durere standardizate.

În general, când constanta măsurată se plasează în afara a două curbe considerate standarde de raportare pentru fiecare vârstă, respectiv peste percentila 95% sau sub percentila 5%, aceasta constituie indicaţie pentru o evaluare mai detaliată. Aceste deviaţii anormale pot fi primul şi singurul indicator al unei afecţiuni (vezi exemple în tabelele de pe paginile de internet care fac referire la constantele respective).

Creşterea somatică. Măsurarea parametrilor de creştere este unul dintre indicatorii cei mai importanţi ai stării de sănătate a sugarului. Deviaţiile de la valorile normale pot indica din timp o problemă subiacentă. Comparaţi parametrii de creştere cu:

- Valorile normale pentru vârstă şi sex
- Valorile înregistrate anterior la copilul respectiv, pentru a aprecia evoluţia acestora, precum şi tendinţa lor de evoluţie în viitor

O cauză comună a unei deviaţii aparent "anormale" a parametrilor de creştere somatică este o "*eroare de măsurare*", atribuită în parte dificultăţii de măsurare a unui sugar sau copil care se opune acestei manevre. Confirmaţi valoarea anormală a parametrului respectiv prin repetarea măsurătorii.

Măsuraţi parametrii de creştere cu atenţie, folosind mereu aceeaşi tehnică, iar pentru ca rezultatul să fie optim, folosiţi aceleaşi scale şi cântare pentru măsurarea lungimii şi respectiv a greutăţii.

Instrumentul cel mai important pentru evaluarea creşterii somatice sunt graficele care evaluează creşterea, publicate de Centrul Naţional de Statistici în Sănătate (National Center for Health Statistics; consultaţi şi pagina de internet a acestuia). Toate graficele includ înălţimea (lungimea), greutatea şi perimetrul cranian, un set de grafice fiind destinat copiilor cu vârstă de până la 36 luni, celălalt set copiilor cu vârste între 2 şi 18 ani. Există grafice prin care se raportează greutatea la lungimea copilului, sau se înregistrează IMC. Aceste grafice prin care se evaluează creşterea, au trasate percentile care indică procentul de copii normali ai căror parametrii de creştere s-au situat deasupra şi respectiv sub parametrii copilului măsurat, totul fiind raportat la vârsta cronologică a copilului. Pentru sugarii născuţi prematur există grafice speciale, prin care se aplică o corecţie rezultatului obţinut.

Deşi în cazul multor sugari normali curbele de creştere intersectează curbele considerate normale de pe graficele de evaluare a creşterii, o modificare apărută într-un interval de timp scurt sau o modificare semnificativă a parametrilor de creştere poate indica afecţiuni sistemice de diverse etiologii.

Lungimea. Pentru copiii cu vârsta sub 2 ani, măsuraţi lungimea corpului prin plasarea în poziţie de supinaţie în pediometru, aşa cum se poate vedea în imaginea de pe pagina următoare. Măsurarea directă a copilului folosind o bandă pentru măsurare (rolă divizată în centimetri) conduce la rezultate inexacte, cu excepţia situaţiei în care un asistent medical ţine copilul nemişcat, cu bazinul şi genunchii în extensie. Înregistrarea ritmului de creştere este utilă şi la copiii mai mari, în special la cei care sunt suspectaţi de (sau prezintă) o boală endocrină.

Un ritm de creştere redus, obiectivat prin plasarea pe o percentilă din ce în ce mai mică pe graficul de creştere la măsurători succesive, poate fi semnul unei afecţiuni cronice. Compararea valorilor obţinute prin măsurare cu standardele considerate normale pentru vârstă şi sex este esenţială, deoarece ritmul de creştere este în mod normal mai scăzut în al doilea an de viaţă faţă de primul.



Afecţiunile cronice neurologice, renale, cardiace şi *endocrine* determină o lungime sau înălţime redusă.

Greutatea. Cântăriţi sugarii direct pe un cântar pentru sugari; această metodă este mai exactă decât cea indirectă, bazată pe cântărirea părintelui împreună cu copilul pe un cântar pentru adulţi, şi scăderea ulterioară din valoarea astfel obţinută a greutăţii părintelui. Atunci când sunt cântăriţi, sugarii trebuie să fie dezbrăcaţi sau să poarte numai un scutec.

Dacă greutatea sugarului este în mod neaşteptat şi semnificativ diferită faţă de cea anticipată, repetaţi cântărirea pentru a vă asigura că aceasta este exactă.

Creşterea insuficientă în greutate (falimentul creşterii) raportată la vârstă este definită prin:

- Greutate < percentila 5% pentru vârsta respectivă
- Creştere în greutate < cu 50% decât cea normală pentru un interval de 6 luni
- Greutatea raportată la înălţime < percentila 5%

Etiologia creşterii insuficiente în greutate include factori *de mediu* sau *psihosociali* precum şi o varietate de afecţiuni *gastrointestinale, neurologice, cardiace, endocrine, renale* sau de altă natură.

Perimetrul cranian. Circumferinţa capului trebuie măsurată în timpul primilor 2 ani de viaţă, dar această măsurătoare poate fi utilă la orice vârstă pentru a evalua creşterea capului. La sugari, creşterea perimetrului cranian reflectă ritmul de creştere a craniului şi a creierului.



Un perimetru cranian redus poate fi consecinţa fie a *"închiderii" premature a suturilor craniene*, fie a *microcefaliei*. Microcefalia poate fi familială sau poate fi determinată de o varietate de *anomalii cromozomiale, infecţii congenitale, afecţiuni metabolice materne* sau *leziuni neurologice.*

O valoare anormal de mare a perimetrului cranian (>percentila 97% sau cu 2 deviaţii standard mai mare decât valoarea medie) defineşte *macrocefalia*, care poate avea ca etiologie *hidrocefalia, un hematom subdural,* sau cauze rare cum ar fi *tumorile cerebrale* sau anumite *sindroame ereditare. Megaloencefalia familială* (aşa-numitul "cap mare") este o afecţiune familială benignă caracterizată prin creştere cerebrală normală.

Parametrii vitali

Tensiunea arterială. Cu toate că măsurarea cu exactitate a tensiunii arteriale la sugari nu este o manevră facilă, aceasta este fără îndoială importantă şi trebuie efectuată cel puţin o dată în primul an de viaţă. Va fi necesar să vă folosiţi capacitatea de a amuza sugarul şi de a trata manevra ca pe o joacă, aşa cum puteţi observa în imaginea alăturată.



Cea mai facilă modalitate de măsurare a tensiunii arteriale sistolice la sugari este *metoda Doppler*, prin care sunt detectate vibraţiile fluxului sanguin arterial care sunt convertite ulterior în valori ale tensiunii arteriale sistemice şi transmise unui dispozitiv digital de citire.

Tensiunea arterială sistemică creşte progresiv în timpul copilăriei. De exemplu, tensiunea arterială sistemică normală la subiecţii de sex masculin este de aproximativ 70 mmHg la naştere, 85 mmHg la vârsta de 1 lună şi 90 mmHg la 6 luni (vezi paginile de internet dedicate tensiunii arteriale la vârsta pediatrică).

Etiologia *hipertensiunii arteriale susţinute* la nou-născuţi include patologia arterelor renale (stenoză, tromboză), malformaţii renale congenitale şi coarctaţia de aortă.

Pulsul. Ritmul cardiac al sugarilor este mai sensibil decât cel al adulţilor la efectele diferitelor afecţiuni, ale efortului fizic şi ale emoţiilor.

• Ritmul cardiac de la naştere până la vârsta de 1 an

Vârstă	Ritm cardiac mediu	Limite normale
0-2 luni	140	90–190
2–6 luni	130	80–180
6–12 luni	115	75–155

O rată a pulsului care este prea rapidă pentru a putea fi măsurată (de obicei >180-200/minut) indică în general un puseu de *tahicardie paroxistică supraventriculară.*

Bradicardia poate fi determinată de *intoxicaţii medicamentoase, hipoxie, afecţiuni neurologice* sau *intracraniene*, sau, mai rar, de *aritmii cardiace* (cum ar fi diferitele tipuri de *bloc intracardiac*).

În cazul unui sugar agitat s-ar putea să întâmpinaţi dificultăţi la palparea pulsului, deci implicit la obţinerea unei valori exacte. Strategiile cele mai bune sunt reprezentate de palparea pulsului arterelor femurale în zona inghinală, a pulsului arterelor brahiale în fosa antecubitală, sau auscultarea cordului.

Frecvenţa respiratorie. La fel ca şi în cazul frecvenţei cardiace, comparativ cu situaţia întâlnită la adult, valorile normale ale frecvenţei respiratorii la sugari se încadrează în limite mai largi şi sunt mai uşor influenţate de diferite afecţiuni, efort fizic, sau emoţii. La nou-născuţi frecvenţa respiratorie pe minut variază între 30 şi 60.

O respiraţie superficială cu un ritm extrem de rapid este întâlnită la nou-născuţii cu *afecţiuni cardiace cianogene* şi şunt dreapta-stânga, precum şi la cei cu acidoză metabolică de diverse etiologii.

Frecvența respiratorie la nou-născuți poate varia în mod considerabil de la un moment la altul, cu perioade alternante de respirație rapidă și lentă. Frecvența respiratorie măsurată în timpul somnului este cea mai precisă. Ritmul respirator măsurat în timpul perioadelor de somn activ poate fi cu până la 10 respirații pe minut mai rapid decât cel măsurat în perioadele de somn liniștit. Pattern-ul respirator ar trebui observat pe o perioadă de minim 60 de secunde. La sugari și la copiii mici, respirația de tip diafragmatic este predominantă; excursiile toracice sunt minime.

Febra poate crește frecvența respiratorie la sugari cu până la 10 respirații pe minut pentru fiecare grad Celsius cu care crește temperatura.

Limitele general acceptate pentru a defini *tahipneea* sunt:

- 0 – 2 luni, >60/min
- 2 – 12 luni, >50/min

La un sugar, tahipneea și efortul respirator crescut sunt semnele unei posibile pneumonii.

Temperatura. Întrucât febra este atât de frecventă la copii, obțineți o valoare cât mai exactă a temperaturii atunci când suspectați o infecție, o colagenoză vasculară, sau o boală malignă. Tehnicile de măsurare a temperaturii rectale, orale, sau a conductului auditiv extern la adulți sunt descrise la paginile 120–121. Temperatura cutanată obținută la nivel axilar sau al pasajului arterei temporale este imprecisă la sugari și copii. La aceștia, măsurarea temperaturii la nivelul conductului auditiv extern este exactă.

Febra (temperatura >38,0°C) la sugarii <2-3 luni poate fi semnul unei afecțiuni sau *infecții grave*. La aceștia se impune evaluare promptă.

Tehnica de măsurare a *temperaturii rectale* este relativ simplă. Una dintre metode este ilustrată mai jos. Plasați sugarul în pronație, separați fesele cu policele și indexul unei mâini, iar cu cealaltă mână introduceți cu blândețe vârful bine lubrifiat al unui termometru pentru măsurare rectală în canalul ano-rectal până la o adâncime de 2–3 centimetri. Mențineți termometrul în această poziție timp de cel puțin 2 minute.

Temperatura corporală a sugarilor și copiilor este mai puțin constantă decât în cazul adulților. Temperatura rectală medie este mai mare la sugari și la copiii mici, de obicei având valoarea de peste 37,2°C până la vârsta de 3 ani sau chiar după această vârstă. Temperatura corporală poate fluctua cu până la 1,1°C pe parcursul aceleiași zile, atingând valoarea de 38,3°C la copiii sănătoși, în special la sfârșitul după-amiezii și după o activitate fizică susținută sau după plâns viguros.

Anxietatea poate crește temperatura corporală la copii. *Îmbrăcarea în exces* a sugarilor poate crește temperatura cutanată, dar nu și pe cea centrală.



Instabilitatea temperaturii unui nou-născut poate fi determinată de o stare septică, de o tulburare metabolică, sau de alte afecțiuni grave. Sugarii cu vârstă mai mare manifestă rar instabilitate a temperaturii.

Tegumentul

Inspecția. Examinați cu atenție tegumentul nou-născutului sau sugarului pentru a identifica atât modificările normale cât și pe cele potențial anormale. Modificările din fotografiile de la paginile 762–764 sunt normale. Tegumentul nou-născutului are o *textură și* un *aspect* caracteristic, care sunt specifice acestei categorii de vârstă. Textura este moale și catifelată, deoarece tegumentul nou-născuților este mai subțire decât cel al copiilor mai mari. În primele 10 minute după naștere tegumentul unui nou-născut sănătos progresează de la cianoză generalizată la roz generalizat. La nou-născuții cu tegument deschis la culoare se întâlnește frecvent în primele 8–24 de ore după naștere un aspect eritematos care le conferă un aspect de "rac fiert". După această perioadă de timp predomină culoarea normală roz pal.

Cutis marmorata este evidentă la *sugarii născuți prematur* și la cei cu *hipotiroidism congenital* și *sindrom Down.*

La nivelul tegumentului nou-născuților puteți observa efectele impresionante ale modificărilor vasomotorii. Modificările vasomotorii de la nivelul dermului și al țesutului subcutanat – ca răspuns la un proces de răcire sau de expunere cronică la căldură radiantă – pot produce la nivelul tegumentului un aspect de "rețea" albastru-marmorat (*cutis marmorata*), în mod particular la nivelul trunchiului, membrelor superioare și inferioare. Acest tip de reacție la frig poate dura luni de zile la sugarii sănătoși. *Acrocianoza,* colorarea albastră-cianotică limitată la nivelul mâinilor și picioarelor ca răspuns la frig, este foarte frecvent întâlnită la nou-născuți în primele zile de viață și poate reapare pe parcursul primelor luni de viață. În mod ocazional, la nou-născuți poate fi observată o modificare particulară a culorii tegumentului (*discromia tip arlechin*), caracterizată prin cianozarea tranzitorie a unei jumătăți a corpului sau a unei extremități, datorată probabil instabilității vasculare temporare.

Dacă *acrocianoza* nu dispare într-un interval de 8 ore sau prin încălzire, o *malformație congenitală cianogenă a cordului* ar trebui luată în considerare.

De remarcat faptul că în tegument cantitatea de melanină este variabilă de la un nou-născut la altul, ceea ce determină gradul de *pigmentare.* Nou-născuții aparținând rasei negre pot avea o culoare tegumentară mai deschisă inițial comparativ cu restul vieții, cu excepția patului unghial și a tegumentului organelor genitale care sunt intens hiperpigmentate la naștere. La nou-născuții de origine africană, asiatică sau mediteraneană se întâlnește frecvent o zonă pigmentată închisă la culoare sau albăstruie localizată la nivelul feselor și a regiunii lombare inferioare. Aceste zone, denumite în trecut "pete mongoliene", sunt rezultatul existenței în zona respectivă a celulelor pigmentare localizate în straturile cutanate profunde; ele devin mai puțin intense odată cu înaintarea în vârstă a copilului și dispar în general pe parcursul copilăriei. Documentați în fișa medicală a copilului aceste zone hiperpigmentate pentru a evita mai târziu confundarea lor cu o echimoză.

Cianoza de tip central la un sugar sau la un copil indiferent de vârsta acestuia ar trebui să ridice suspiciunea unei *malformații congenitale cardiace.* Cele mai bune zone în care se poate obiectiva prezența cianozei de tip central sunt limba și mucoasa bucală, nu patul unghial sau extremitățile.

La naștere, există la nivelul întregului corp al nou-născutului și în mod special pe umeri și partea posterioară a trunchiului fire de păr subțiri, pufoase, care poartă denumirea de *lanugo.* Acest păr cade în primele săptămâni de viață. Lanugo este mai abundent la nou-născuții prematuri. Desimea părului capilar variază considerabil între nou-născuți și, din fericire, nu este un element predictibil pentru desimea părului pe care copilul/ adultul o va avea în cursul vieții. Tot părul capilar pe care nou-născuții îl au la naștere cade pe parcursul primelor luni de viață, fiind înlocuit cu noi fire de păr, uneori de culoare diferită față de cea de la naștere.

Zonele pigmentate cafeniu-deschis (cu dimensiuni <1-2 cm la naștere) sunt *petele café-au-lait.* Zonele de acest tip nu au semnificație patologică dacă sunt izolate, dar leziunile multiple, netede și cu margini bine delimitate pot sugera *neurofibromatoza* (vezi Planșa 18-2, Erupții și leziuni cutanate frecvent întâlnite la nou-născuți și sugari, pag. 857).

Inspectați tegumentul nou-născutului îndeaproape, cu scopul de a depista eventuale elemente sugestive pentru afecțiuni dermatologice comune. La naștere, o substanță albă cu aspect brânzos, numită *vernix caseosa*, compusă din sebum și celule epiteliale descuamate, acoperă corpul. Unii nou-născuți prezintă *edeme* la nivelul mâinilor, picioarelor, părții inferioare a gambelor, regiunii pubiene și sacrate; acestea dispar în câteva zile. Descuamarea stratului superficial al tegumentului poate fi observată la 24-36 de ore după naștere, cu precădere la nou-născuții post-termen (născuți la >40 săptămâni de gestație).

Descuamarea tegumentară este rareori un semn al insuficienței circulatorii placentare sau al *ihtiozei congenitale.*

Va trebui să fiţi capabili să identificaţi patru tipuri de leziuni cutanate frecvente la nou-născuţi: *miliaria rubra*, *eritemul toxic*, *melanoza pustuloasă* şi *milia*. Toate sunt prezentate la pag. 762-763. Nici una dintre aceste leziuni nu este clinic semnificativă.

Atât eritemul toxic cât şi melanoza pustuloasă pot avea un aspect similar erupţiei veziculare din *infecţiile cutanate cu Herpes simplex* sau *cu Stafilococ auriu.*

Notaţi orice semn de traumatism obstetrical, rezultat fie din procesul naşterii în sine, fie ca o consecinţă a aplicaţiei forcepsului sau vacuumului extractor; aceste semne dispar, dar ar trebui să urgenteze efectuarea promptă a unui examen neurologic.

Prezenţa unui smoc de fire de păr la nivelul tegumentului supraiacent coloanei vertebrale lombo-sacrate pe linie mediană sugerează un *defect de închidere a coloanei vertebrale.*

Icterul. Examinaţi cu atenţie şi atingeţi tegumentul nou-născutului pentru a evalua intensitatea icterului. *Icterul* "fiziologic" normal, care apare la jumătate din toţi nou-născuţii, debutează în ziua a 2-a sau a 3-a de viaţă, atinge un maxim aproximativ în ziua a 5-a, şi dispare de obicei într-o săptămână. Icterul poate fi mai bine apreciat în timpul zilei, la lumină naturală, decât la lumină artificială. Icterul nou-născutului progresează de la cap către haluce, fiind mai intens în jumătatea superioară a corpului faţă de cea inferioară.

Icterul cu debut în primele 24 ore de la naştere poate fi cauzat de *boala hemolitică a nou-născutului.*

Icterul neonatal care persistă mai mult de 2–3 săptămâni ar trebui să ridice suspiciunea de *obstrucţie biliară* sau *afecţiune hepatică.*

Pentru a detecta icterul, exercitaţi presiune pe tegumentul nou-născutului (vezi imaginile alăturate) pentru a "îndepărta" culoarea normală roz sau cafenie a acestuia. Dacă zona respectivă, aflată sub presiune, capătă o nuanţă gălbuie, indică prezenţa icterului. O altă tehnică este exercitarea presiunii pe o zonă din tegument cu ajutorul unei lamele de sticlă. În acest fel, patul capilar este golit în zona aflată sub presiune, iar contrastul dintre culoarea tegumentului în zona pe care se exercită presiunea faţă de cea din zonele adiacente este mai uşor de observat.





Înlăturarea prin presiune a culorii roz-roşie a tegumentului permite o recunoaştere mai facilă a culorii galbene specifice icterului. Nou-născutul din imaginea din stânga nu prezintă un icter semnificativ, în timp ce nou-născutul din imaginea din dreapta are un nivel al bilirubinei de 13 mg/dl (222 μmol/L). După Fletcher M. Physical Diagnosis in Neonatology. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998.

Petele vasculare. O *pată vasculară* frecvent întâlnită la naştere este aşa-numita "pata somonului" (cunoscută de asemenea ca *nevus simplex*, nev telangiectatic, sau hemangiom capilar). Aceste zone plane, cu margini neregulate, de culoare roz-pal (vezi pag. 764) se găsesc cel mai frecvent în regiunea dorsală a gâtului (cunoscute sub denumirea populară de "ciupitura berzei"), pe pleoapele superioare, frunte sau buza superioară ("sărutul îngerului"). Nu sunt nevi adevăraţi, ci sunt rezultatul dilatării capilarelor. Aproape toate dispar până când copilul împlineşte 1 an.

O leziune cutanată unilaterală, purpurie sau de culoarea "vinului de Porto", situată în teritoriul de inervaţie a ramurii oftalmice a nervului trigemen, poate fi un semn al *sindromului Sturge–Weber,* care se asociază cu episoade convulsive, hemipareză, glaucom şi retard mintal.

Palparea. Palpaţi tegumentul nou-născutului sau sugarului pentru a aprecia gradul de hidratare, respectiv *turgorul.* Rulaţi un pliu cutanat de pe peretele abdominal între police şi index pentru a-i determina consistenţa. La sugarii bine hidrataţi pliul cutanat respectiv se repoziţionează normal imediat după ce este lăsat liber. Întârzierea în repoziţionarea normală defineşte "turgorul diminuat" şi în general apare la copiii aflaţi într-o stare avansată de *deshidratare.*

Edeme importante la nivelul mâinilor şi picioarelor unui nou-născut de sex feminin pot fi sugestive pentru *sindromul Turner.*

Deshidratarea este o problemă medicală frecventă la sugari. Cauzele uzuale sunt aportul lichidian insuficient sau pierderea excesivă de lichide determinată de diaree.

Elemente cutanate neonatale

Element cutanat	Descriere

Elemente benigne frecvent întâlnite

Acrocianoza



Această colorație albăstrui-cianotică apare în general la nivelul fețelor palmare ale mâinilor și fețelor plantare ale picioarelor. *Afecțiunile cardiace congenitale cianogene se pot prezenta cu acrocianoză intensă și persistentă.*

Icterul



Icterul fiziologic apare între ziua a 2-a și a 5-a de viață, și pe măsură ce se intensifică, progresează de la nivelul capului către haluce. *Icterul foarte intens poate fi semnul unui proces hemolitic sau al unei afecțiuni biliare sau hepatice.*

Exanteme benigne frecvent întâlnite

Miliaria rubra



Vezicule dispersate pe un fond eritematos, localizate în general pe față și trunchi, rezultate din obstrucția ductelor glandelor sudoripare; acest tip de exantem dispare spontan în câteva săptămâni.

(se continuă)

Elemente cutanate neonatale (continuare)

Element cutanat	Descriere
Eritemul toxic 	Acest exantem, care apare în general în ziua a 2-a sau a 3-a de viaţă, este format din macule eritematoase care prezintă central o veziculă de mărimea gămăliei unui ac. Exantemul este localizat difuz la nivelul întregului corp. Leziunile sunt similare celor produse de înţepăturile de purice. Etiologia eritemului toxic nu se cunoaşte. El dispare în prima săptămână de viaţă.
Melanoza pustuloasă 	Întâlnit mai frecvent la nou-născuţii din rasa neagră, acest exantem se prezintă de la naştere sub forma unor elemente veziculo-pustulare mici, localizate pe un fond macular de culoare brună; leziunile pot persista timp de câteva luni.
Milia 	Acest exantem este reprezentat de elemente catifelate albe, de mărimea vârfului unui ac, proeminente, fără eritem în jurul lor, localizate la nivelul nasului, obrajilor şi pe frunte. Aceste leziuni sunt rezultatul retenţiei de sebum la nivelul ductelor excretorii ale glandelor sebacee. Deşi ocazional este prezentă de la naştere, milia apare de obicei în primele săptămâni de viaţă şi dispare după alte câteva săptămâni.

(se continuă)

Elemente cutanate neonatale (continuare)

Element cutanat	Descriere
"Semne din naştere" benigne	
"Petele" palpebrale 	Aceste semne din naştere dispar în general pe parcursul primului an de viaţă.
"Pata somonului" 	Cunoscută şi sub denumirea populară de "ciupitura berzei", această "pată" roz dispare cu timpul.
"Petele" café-au-lait (cafea cu lapte) 	Aceste elemente cutanate pigmentate "cafeniu-deschis" au în general margini regulate şi culoare uniformă. Ele sunt prezente la mai mult de 10% din copiii de rasă neagră. *Dacă o persoană prezintă mai mult de 5 pete café-au-lait, luaţi în considerare diagnosticul de neurofibromatoză. A se vedea Planşa 18-2, Erupţii şi leziuni cutanate frecvent întâlnite la nou-născuţi şi sugari (pag. 857).*
"Petele" mongoliene 	Sunt mai frecvent întâlnite la copiii cu tegumentul hiperpigmentat constituţional. Este important să le documentaţi în fişa medicală a nou-născutului pentru a nu fi confundate cu eventuale echimoze.

Capul

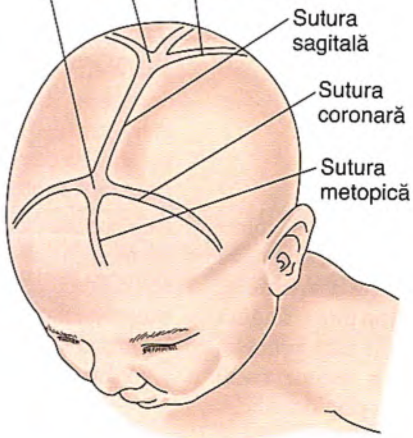
La naştere, capul unui nou-născut poate părea relativ mare. Capul unui nou-născut reprezintă o pătrime din lungimea corpului şi o treime din greutatea sa; aceste proporţii se modifică în timp, astfel încât la vârsta adultă capul reprezintă o optime din lungimea corpului şi aproximativ o zecime din greutatea sa.

Suturile şi fontanelele. Spaţiile care separă oasele craniului sunt formate din ţesut membranos şi poartă denumirea de *suturi*. Ariile de intersecţie a suturilor majore ale craniului în partea anterioară şi posterioară a acestuia sunt cunoscute sub denumirea de *fontanele*. Examinaţi cu atenţie *suturile* şi *fontanelele* (vezi imaginea de mai jos).

O fontanelă posterioară mare poate fi prezentă în *hipotiroidismul congenital*.

La palpare suturile par asemeni unor "creste", iar fontanelele asemeni unor concavităţi moi şi fragile. La naştere, *fontanela anterioară* are diametrul între 4-6 cm şi se închide în general la vârste cuprinse între 4 şi 26 luni (90% între 7 şi 19 luni). *Fontanela posterioară* măsoară la naştere 1–2 cm şi de obicei se închide la vârsta de 2 luni.

O fontanelă bombată, "plină", aflată în tensiune, este observată la sugarii cu *presiune intracraniană crescută*, care poate fi determinată de *infecţii* şi *boli neoplazice ale sistemului nervos central* sau de *hidrocefalie* (obstrucţia circulaţiei lichidului cefalorahidian în interiorul ventriculilor cerebrali; vezi Planşa 18-5, pag. 859).



Examinaţi cu atenţie fontanelele, deoarece bombarea lor este un indicator al creşterii *presiunii intracraniene*. Palpaţi fontanelele în timp ce copilul este liniştit şi stă aşezat sau este ţinut în ortostatism. Medicii pediatri experimentaţi palpează fontanelele la începutul examinării. La sugarii normali, fontanela anterioară este moale şi plană la palpare. Creşterea presiunii intracraniene determină bombarea fontanelei anterioare, cu senzaţie de plenitudine la palpare, fenomen întâlnit atunci când copilul plânge, prezintă vărsături sau are o patologie subiacentă. Pulsaţiile de la nivelul fontanelei reflectă pulsul periferic.

O fontanelă anterioară deprimată poate fi un semn al *deshidratării*.

"*Încălecarea*" oaselor craniului la nivelul suturilor, observată la naştere, este consecinţa compresiei la pasajul capului nou-născutului prin canalul de naştere; ea dispare în 2 zile de la naştere.

Inspectaţi cu atenţie venele tegumentului capului pentru a aprecia dacă acestea sunt dilatate.

Dilatarea venelor scalpului este semnul *hipertensiunii intracraniene* prelungite.



Simetria craniului și perimetrul cranian. Evaluați *simetria craniului*. Asimetria craniană poate fi întâlnită în afecțiuni benigne, sau poate reflecta o patologie subiacentă. Inspectarea cu atenție a craniului sugarului din față sau din spate vă ajută să apreciați simetria sa.

Palpați pentru a depista existența unor zone proeminente, asimetrice, ale capului. Capul unui nou-născut poate fi proeminent în regiunea parieto-occipitală. Această situație, numită *caput succedaneum*, este determinată de dilatarea capilară și extravazarea sângelui și fluidului rezultat din efectul de vacuum produs de ruperea sacului amniotic. Această zonă proeminentă traversează adesea suturile și dispare într-o zi sau două.

La naștere, capul nou-născutului prematur este relativ lung în diametrul său occipito-frontal și îngust în diametrul bitemporal *(dolicocefalie)*. În general, forma craniului se normalizează în 1-2 ani.

Un alt tip de tumefiere localizată la nivelul capului este *cefalhematomul*, rezultat din hemoragia subperiostală produsă de traumatismul determinat de naștere. Cefalhematomul nu traversează suturile și dispare în maxim 3 săptămâni. Întrucât hemoragia se oprește iar zona respectivă se calcifică în timp, puteți simți la palpare o tumefacție de consistență osoasă cu o zonă centrală moale.

Asimetria bolții craniene *(plagiocefalie)* se produce atunci când un sugar stă culcat mai mult pe o parte, rezultând o aplatizare a regiunii parieto–occipitale de partea respectivă și proeminența regiunii frontale de partea opusă. Această asimetrie se reduce pe măsură ce sugarul devine mai activ și petrece mai puțin timp într-o singură poziție, iar simetria este aproape întotdeauna restabilită. Interesant este faptul că tendința actuală ca nou-născuții să doarmă pe spate pentru a reduce riscul sindromului de moarte subită a avut ca rezultat mai multe cazuri de plagiocefalie.

Plagiocefalia poate reflecta o situație patologică, un exemplu fiind *torticolisul* rezultat din traumatizarea mușchiului sternocleidomastoidian în timpul nașterii, iar un altul *lipsa de stimulare* a sugarului.

Măsurați perimetrul cranian (pag. 757) pentru a detecta valori anormal de mari *(macrocefalie)* sau de mici *(microcefalie)*, care pot semnala o afecțiune subiacentă cu efecte nocive asupra creierului. Palpați suturile pe toată lungimea lor. Prezența unui țesut osos proeminent la nivelul suturilor (creastă osoasă) sugerează craniosinostoza.

Închiderea prematură a suturilor craniene poartă denumirea de *craniosinostoză* (pag. 859), reflectată printr-o formă anormală a craniului. Sinostoza *suturii sagitale* determină un craniu îngust, rezultat din lipsa de dezvoltare a oaselor parietale.

Palpați capul sugarului cu blândețe. Oasele craniului apar în general "moi" sau elastice; în mod normal ele devin mai ferme pe măsura creșterii vârstei gestaționale.

În *craniotabes* oasele craniului sunt elastice la palpare. Craniotabesul poate fi cauzat de creșterea presiunii intracraniene (e.g. *hidrocefalie*), anomalii metabolice (e.g. *rahitism*), sau infecții (e.g. *sifilis congenital*).

Auscultarea la nivelul capului nu este utilă la copiii mici, întrucât un suflu sistolic sau sistolo-diastolic poate fi perceput în mod normal la nivelul ariilor temporale. Copiii de vârstă mai mare şi cu anemie semnificativă pot prezenta un suflu la nivelul capului.

O *fistulă arterio-venoasă* situată la nivelul creierului poate produce un suflu intens.

Simetria facială. Verificaţi dacă *faţa* sugarilor este simetrică. Poziţia fătului în uter poate determina o asimetrie facială tranzitorie. În cazul în care in utero capul a fost flectat pe stern, nou-născutul poate avea o mandibulă mai mică (*micrognaţie*). Presiunea exercitată de umăr pe mandibulă poate determina o deplasare mandibulară laterală temporară.

Micrognaţia poate face parte şi dintr-un sindrom congenital, cum ar fi *sindromul Pierre Robin.*

Examinaţi faţa copilului pentru a vă crea o impresie generală asupra *faciesului* acestuia; este util să o comparaţi cu faţa părinţilor. O evaluare sistematică a copiilor cu un facies aparent anormal poate identifica sindroame specifice.[16] Tabelul de mai jos indică paşii necesari pentru evaluarea faciesului copiilor.

EVALUAREA UNUI NOU-NĂSCUT SAU SUGAR CU UN FACIES APARENT ANORMAL

Reluaţi cu atenţie anamneza, punctând în special:

- Istoricul familial
- Sarcina
- Istoricul perinatal

Observaţi şi alte aspecte patologice rezultate din examenul fizic, în mod special cele care ţin de:

- Creştere
- Dezvoltare
- Prezenţa altor detalii somatice cu caracter dismorfic

Efectuaţi măsurători (şi plasarea pe curbele de creştere a valorilor obţinute), în mod special pentru:

- Perimetrul cranian
- Înălţime
- Greutate

Luaţi în considerare cele trei mecanisme implicate în dismorfogeneza facială:

- Deformări cauzate de poziţia intrauterină a fătului
- Întreruperi anormale în morfologia facială cauzate de benzi amniotice sau de ţesutul fetal
- Malformaţii produse de o anomalie intrinsecă la nivelul feţei/ capului sau ţesutului cerebral

Examinaţi părinţii şi fraţii:

- Aspectul similar cu al unui părinte (e.g. un cap mare) poate fi liniştitor, dar poate fi de asemenea indicatorul unei afecţiuni familiale.

Încercaţi să determinaţi dacă o anumită trăsătură facială se încadrează într-un sindrom congenital cunoscut, comparând cazul respectiv cu:

- Date de referinţă din literatură (inclusiv valorile măsurătorilor) şi imagini ale copiilor care prezintă sindromul pe care îl suspicionaţi
- Tabele/ baze de date care grupează combinaţii de trăsături anormale din diferite sindroame congenitale.

Majoritatea sindroamelor genetice sau care afectează dezvoltarea şi care asociază un facies anormal, se caracterizează şi prin alte anomalii.

Un copil cu fisuri palpebrale având formă sau lungime anormală (vezi Planşa 18-6, pag. 860-861) poate prezenta următoarele stări patologice:
- Sindrom Down (dacă fisura palpebrală este înclinată înspre superior)
- Sindrom Noonan (dacă fisura palpebrală este înclinată înspre inferior)
- Sindrom alcoolic fetal (dacă fanta palpebrală este scurtă)

Semnul Chvostek. Percutaţi obrazul copilului pentru a aprecia dacă *semnul Chvostek* este prezent. Acest semn apare în unele disfuncţii metabolice şi, ocazional, la sugarii sănătoşi. Faceţi percuţia în partea superioară a obrazului, imediat sub osul zigomatic şi în faţa urechii, folosind vârful indexului sau al mediusului.

Un semn Chvostek pozitiv este reprezentat de grimase faciale produse prin contracţii repetate ale muşchilor faciali. El este prezent în *tetania hipocalcemică, tetanos,* sau *tetania indusă de hiperventilaţie.*

Ochii

Inspecţia. Nou-născuţii îşi ţin ochii închişi, cu excepţia unor scurte perioade în care se trezesc. Dacă încercaţi să le separaţi pleoapele, ei le vor strânge mai mult. Lumina intensă îi determină pe sugari să clipească, astfel încât este indicat să folosiţi o lumină discretă. Dacă treziţi un sugar cu blândeţe, stingeţi lumina în încăpere şi sprijiniţi copilul în poziţie şezândă, veţi avea surpriza ca acesta să deschidă ochii. Mulţi nou-născuţi prezintă edem palpebral cauzat de traumatismul naşterii.

Trebuie să vă folosiţi isteţimea pentru a reuşi să examinaţi ochii sugarilor şi copiilor mici, iar pentru a-i face să colaboreze puteţi utiliza unele trucuri. Jucăriile mici colorate sunt utile, întrucât copiii îşi fixează privirea în direcţia lor, fiind astfel mai uşor să le examinaţi ochii.

Dacă examinaţi nou-născuţii în perioadele în care sunt în stare de veghe, este posibil ca aceştia să vă privească faţa şi să urmărească o lumină strălucitoare. De asemenea, unii nou-născuţi vă vor urmări chipul şi îşi vor întoarce capul cu 90° de fiecare parte a axului longitudinal, spre deliciul părinţilor.

Examinaţi *mişcările oculare* ale sugarilor. Ţineţi sugarul în poziţie verticală, sprijinindu-i capul. Rotiţi-vă încet împreună cu el într-o direcţie. Acestă mişcare determină în general deschiderea ochilor sugarului, moment în care puteţi să-i examinaţi sclerele, pupilele, irisurile şi mişcările extraoculare. Ochii sugarului privesc în direcţia în care vă rotiţi împreună cu el. Atunci când mişcarea de rotaţie încetează, după câteva mişcări nistagmoide, ochii sugarului privesc în direcţia opusă.



Pe parcursul primelor 10 zile de viaţă, privirea nou-născutului este în general fixă, într-o singură direcţie, chiar şi atunci când capul este întors într-o altă poziţie, fără a i se mişca şi corpul (*reflexul ochilor de păpuşă*). În primele câteva luni de viaţă, unii sugari prezintă intermitent privire "încrucişată" (*strabism convergent alternant intermitent*, sau *esotropie*), sau deviere laterală a ochilor (*strabism divergent alternant intermitent*, sau *exotropie*).

Verificaţi existenţa unor aspecte anormale sau probleme congenitale la nivelul *sclerelor* şi *pupilelor*. Hemoragiile subconjunctivale sunt frecvente la nou-născuţi.

Un nou-născut care cu adevărat nu îşi poate deschide un ochi (chiar şi atunci când este treaz şi alert) ar putea avea *ptoză palpebrală congenitală*. Cauzele includ traumatisme obstetricale, paralizia nervului facial şi probleme de natură mecanică.

Trebuie să acordaţi o atenţie deosebită examenului oftalmologic al unui nou-născut care, în timpul perioadelor sale de veghe, nu reuşeşte să vă privească şi să vă urmărească din ochi faţa. Un astfel de nou-născut poate fi sănătos, sau poate prezenta *tulburări vizuale.*

Nistagmusul (reprezentat de mişcări sacadate ale ochilor) care persistă mai mult de câteva zile, sau care persistă după manevra descrisă în partea stângă a textului, indică o *tulburare vizuală* sau o *afecţiune a sistemului nervos central.*

Strabismul alternant convergent sau divergent persistent după vârsta de 3 luni, sau strabismul persistent de orice tip, poate fi un indicator al *hipotoniei muşchilor oculomotori* sau al unei alte afecţiuni în sfera analizatorului vizual.

Coloboma poate fi observată cu "ochiul liber" şi reprezintă o fantă (fisură) la nivelul irisului.

Evaluaţi reflexul pupilar prin aprecierea reacţiei la o sursă de lumină sau prin acoperirea pe rând a fiecărui ochi cu mâna şi apoi îndepărtarea mâinii respective. Deşi iniţial este posibil să existe o asimetrie pupilară, cu timpul ele trebuie să devină egale ca mărime şi să reacţioneze identic la lumină.

Inspectaţi cu atenţie fiecare iris pentru a observa aspectele anormale.

Petele Brushfield reprezintă un inel de puncte albe reliefate, situate la nivelul irisului (vezi Planşa 18-8, pag. 862). Cu toate că uneori sunt prezente şi la copiii sănătoşi, acest aspect de iris pătat este intens sugestiv pentru *sindromul Down.*

Examinaţi *conjunctiva* pentru a observa dacă aceasta este inflamată sau roşie. Veţi putea observa o conjunctivită chimică la nou-născuţii la care s-a folosit nitrat de argint după naştere ca măsură profilactică împotriva conjunctivitei gonococice (oftalmia neonatală). În locul nitratului de argint, cele mai multe secţii de neonatologie folosesc unguentul oftalmic cu eritromicină, întrucât acesta este mai puţin iritant.

Nu veţi putea măsura *acuitatea vizuală* a nou-născuţilor sau sugarilor. Pentru a aprecia indirect acuitatea vizuală puteţi utiliza reflexele vizuale: contracţia pupilară directă şi consensuală ca răspuns la lumină, clipitul ca răspuns la lumină intensă (*reflexul optic de clipire*) şi clipitul ca răspuns la mişcarea rapidă a unui obiect prin faţa ochilor. În primul an de viaţă, acuitatea vizuală se îmbunătăţeşte odată cu creşterea capacităţii de focalizare. Sugarii dobândesc următoarele achiziţii cheie în sfera analizatorului vizual:

Secreţia oculară sau lacrimală cu aspect persistent de la naştere pot fi consecinţa *dacriocistitei* sau a *obstrucţiei canalului nazolacrimal.*

Achiziţiile vizuale principale ale sugarului[17]

La naştere	Clipeşte, este posibil să privească chipul uman
1 lună	Fixează obiectele cu privirea
1½-2 luni	Mişcări oculare coordonate
3 luni	Se realizează convergenţa oculară; sugarul reuşeşte să atingă (să ia în mână) obiectele situate în apropierea sa
12 luni	Acuitate vizuală de aproximativ 20/50

Lipsa acumulării în acest ritm a achiziţiilor în planul dezvoltării vizuale poate indica o *întârziere a maturării aparatului vizual.*

Examinarea oftalmoscopică. Pentru *examinarea oftalmoscopică* nou-născutul trebuie să fie treaz şi să aibă ochii deschişi. Examinaţi fundul de ochi (reflexul roşu retinian) setând oftalmoscopul la 0 dioptrii şi vizualizând pupila de la o distanţă de aproximativ 25 cm. În mod normal, un fascicul colorat roşu sau portocaliu este reflectat de către retină prin pupilă.

O examinare completă oftalmoscopică este dificilă la sugarii mici, dar poate fi necesară dacă se observă anomalii oculare sau neurologice. De regulă, corneea poate fi vizualizată cu oftalmoscopul setat la +20 de dioptrii, cristalinul la +15 dioptrii şi retina la 0 dioptrii.

Glaucomul congenital poate duce la opacifierea corneei. Dacă lumina reflectată de retină este închisă la culoare, atunci suspectaţi *cataracta, retinopatia de prematuritate,* sau alte afecţiuni. Un reflex retinian alb (*leucocorie*) este anormal şi poate sugera *cataracta, dezlipirea de retină, corioretinita* sau *retinoblastomul.*

Examinaţi papila optică în acelaşi mod ca la adult. La sugari, papila optică este mai deschisă la culoare, cu pigmentare maculară mai redusă. Reflexia luminii la nivelul foveii centrale a retinei poate să nu fie vizibilă. Căutaţi cu atenţie o posibilă hemoragie retiniană. Edemul papilar este rar la sugari, deoarece fontanelele şi suturile deschise se acomodează la orice creştere a presiunii intracraniene, şi astfel papila optică rămâne neafectată.

Hemoragii retiniene mici se pot produce şi la nou-născuţii sănătoşi. Hemoragiile extinse însă pot sugera *anoxie* severă, *hematom subdural, hemoragie subarahnoidiană,* sau un *traumatism.*

Modificări ale pigmentului retinian se pot produce la nou-născuţii cu *toxoplasmoză congenitală, infecţie congenitală cu citomegalovirus,* sau *rubeolă congenitală.*

Urechile

Examenul fizic al urechilor este important la sugari, deoarece poate detecta numeroase afecţiuni, cum ar fi anomaliile morfologice, otita medie şi scăderea acuităţii auditive. Este deci important să vă perfecţionaţi în utilizarea otoscopului.

Scopul examinării este de a determina *poziţia, forma* şi *elementele caracteristice ale urechii* şi de a detecta situaţiile anormale. Observaţi poziţia urechilor în raport cu ochii. O linie imaginară trasată prin unghiurile intern şi respectiv extern ale ochiului ar trebui să intersecteze pavilionul auricular; dacă pavilionul auricular se află sub această linie înseamnă că sugarul are urechile situate prea jos. Trasaţi această linie imaginară pe faţa copilului de la pag. 773; veţi observa că ea intersectează pavilionul auricular.

Pavilioane auriculare mici, deformate, sau jos implantate, pot indica *defecte congenitale* asociate, în special afecţiuni renale.

Examinarea otoscopică a urechilor nou-născutului poate certifica numai permeabilitatea *conductului auditiv extern*, întrucât vernix caseosa acumulat face imposibilă vizualizarea timpanului în primele câteva zile de viaţă.

O mică depresiune, fisură, sau un acrocordon localizate imediat anterior de tragus reprezintă un vestigiu al *primei fante branhiale* şi de obicei nu are nici o semnificaţie patologică.

Conductul auditiv al sugarului este orientat dinspre exterior către interior şi inferior; de aceea, pentru o vizualizare optimă a timpanului, trebuie să trageţi cu blândeţe de pavilionul auricular în jos, şi nu în sus. În momentul în care veţi vizualiza membrana timpanică, veţi observa că aceasta reflectă lumina difuz, şi numai după câteva luni de viaţă va reflecta lumina sub o formă conică.

Reflexul acustic de clipire se manifestă în prezenţa unui sunet ascuţit, neaşteptat, când sugarul clipeşte involuntar; poate fi declanşat prin pocnirea degetelor sau folosind un clopoţel, un pager, sau alt aparat care produce zgomot; zgomotul trebuie produs la aproximativ 30 cm distanţă faţă de urechea sugarului. Asiguraţi-vă că nu produceţi un curent de aer care să îl facă pe sugar să clipească. Reflexul poate fi dificil de obţinut în primele 2 sau 3 zile de viaţă. După ce declanşaţi reflexul de câteva ori într-o perioadă scurtă de timp, acesta dispare, fenomen cunoscut sub denumirea de *obişnuinţă (toleranţă)*. Acest test rudimentar pentru evaluarea auzului nu are, cu siguranţă, valoare diagnostică. Tendinţa actuală pledează pentru efectuarea testelor screening auditive la toţi nou-născuţii, nu numai la cei cu risc crescut de a prezenta tulburări auditive.

Problemele perinatale care cresc riscul *defectelor auditive* includ greutatea la naştere <1500 grame, anoxia, tratamentul cu medicamente cu potenţial de ototoxicitate, infecţiile congenitale, hiperbilirubinemia severă şi meningita.

• Semne care indică faptul că un sugar poate auzi

Vârstă	Semn
0-2 luni	Reacţie de tresărire şi clipire la auzul unui zgomot neaşteptat Calmare la auzul unei voci calme, liniştitoare, sau a muzicii
2-3 luni	Modificări ale mişcărilor corpului ca răspuns la zgomote Modificări ale expresiei faciale ca răspuns la zgomote familiare
3-4 luni	Întoarcerea ochilor şi a capului către direcţia de unde provine zgomotul
6-7 luni	Întoarcerea corpului pentru a asculta voci şi conversaţii

Mulţi copii cu *deficite auditive* rămân nediagnosticaţi chiar până la vârsta de 2 ani. Indiciile care pot atrage atenţia sunt îngrijorarea părinţilor privitoare la auzul copilului, dezvoltarea întârziată a limbajului şi absenţa indicatorilor de dezvoltare a auzului.

Cavitatea nazală și sinusurile

Cea mai importantă etapă a examinării cavităţii nazale la sugar este reprezentată de testarea permeabilităţii foselor nazale. Puteţi realiza aceasta prin comprimarea uşoară, alternativă, a fiecărei narine, ţinând închisă gura sugarului. În mod normal, această manevră nu produce disconfort sugarilor, deoarece majoritatea folosesc respiraţia nazală. Există însă şi cazuri în care unii dintre ei folosesc *exclusiv respiraţia nazală* şi întâmpină reale dificultăţi în a respira pe gură. Nu comprimaţi ambele nări simultan, căci veţi provoca un disconfort considerabil.

În *atrezia coanală* fosele nazale ale nou-născuţilor sunt obstruate. În cazurile severe, obstrucţia nazală poate fi evaluată prin încercarea de a trece o sondă nazogastrică nr. 8 prin fiecare narină spre faringele posterior.

Inspectaţi nasul pentru a vă asigura că septul nazal se află pe linia mediană. Puteţi introduce uşor în interior un specul nazal mai larg de la otoscop.

La naştere sunt dezvoltate numai sinusurile etmoidale. Palparea sinusurilor la nou-născut nu este necesară.

Cavitatea bucală și faringele

Examinarea cavităţii bucale şi a faringelui include atât inspecţia cu ajutorul unei spatule linguale şi a unei lanterne, cât şi palparea. Cavitatea bucală la nou-născut este edentată, iar mucoasa alveolară este netedă, cu margini fin zimţate. Uneori, de-a lungul crestelor alveolare se pot observa chisturi de retenţie perlate, care pot fi uşor confundate cu dinţii, însă acestea dispar în 1-2 luni. După naştere, pot fi observate frecvent peteşii la nivelul palatului moale. Palpaţi partea superioară a palatului dur pentru a vă asigura de integritatea acesteia. *Perlele Epstein*, mici chisturi mucoide de retenţie, rotunde, albe sau gălbui, sunt localizate posterior, pe linia mediană a palatului dur. Acestea dispar în câteva luni.

Rareori pot fi prezenţi *dinţi supranumerari*. De obicei, aceştia sunt dismorfici şi se elimină spontan în câteva zile, dar trebuie extraşi pentru a preveni aspiraţia.



La nivelul limbii sau în cavitatea bucală pot exista chisturi. Chisturile de duct tireoglos se pot deschide la nivelul planşeului lingual.

Sugarii secretă cantităţi mici de salivă în primele 3 luni de viaţă. După acest interval secreţia glandulară creşte, iar salivaţia devine abundentă.

Inspectaţi limba. Frenul lingual are dimensiuni variabile, uneori se extinde aproape până la vârful limbii, alteori este scurt şi gros, limitând protruzia limbii (*anchiloglosie* sau *limba fixată*); aceste variaţii interferă rareori cu vorbirea sau funcţia linguală.

Deşi rar, limba protruzionată, proeminentă, poate semnala *hipotiroidism congenital* sau *sindrom Down*.

Deseori, puteţi observa un depozit albicios pe suprafaţa limbii. Dacă acesta provine de la laptele ingerat, poate fi uşor îndepărtat prin răzuire sau ştergere.

Candidoza orală (muguet) este frecventă la sugari. Placardele se îndepărtează greu, lăsând o bază ulcerată eritematoasă (vezi Planşa 18-7, Aspecte patologice ale ochilor, urechilor şi cavităţii bucale, pag. 862.)

Faringele sugarului se inspectează cel mai bine în timpul plânsului. S-ar putea să fie dificil să folosiţi spatula linguală, deoarece aceasta va produce un puternic reflex de vărsătură. Nu vă aşteptaţi să puteţi vizualiza amigdalele palatine.

Macroglosia este asociată cu unele afecţiuni sistemice. Dacă se însoţeşte de hipoglicemie şi omfalocel, diagnosticul probabil este de sindrom Beckwith-Wiedemann.

Ascultaţi cu atenţie caracterul *plânsului sugarului*. Sugarul sănătos plânge puternic şi viguros. În tabelul de mai jos sunt enumerate câteva tipuri anormale de plâns.

• Tipuri anormale de plâns la sugar

Tipul de plâns	Patologie posibilă
Ascuţit sau cu tonalitate înaltă	Presiune intracraniană crescută. Sau la nou-născuţii proveniţi din mame cu dependenţă de narcotice.
Răguşit, aspru	Tetanie hipocalcemică sau hipotiroidism congenital
Stridor continuu inspirator şi expirator	Obstrucţia căilor aeriene superioare de cauze diferite (e.g. polipi sau hemangioame), laringe relativ îngust *(stridor laringian infantil)*, sau întârzierea dezvoltării cartilajului de la nivelul inelelor traheale *(traheomalacie)*
Absent	Boală severă, paralizie de corzi vocale, sau afectare cerebrală profundă

Există un model predictibil de erupţie dentară, dar şi numeroase variaţii. O regulă empirică prevede apariţia unui dinte în fiecare lună în intervalul de vârstă 6-26 luni, până la erupţia totală a 20 de dinţi temporari.

Regiunea cervicală

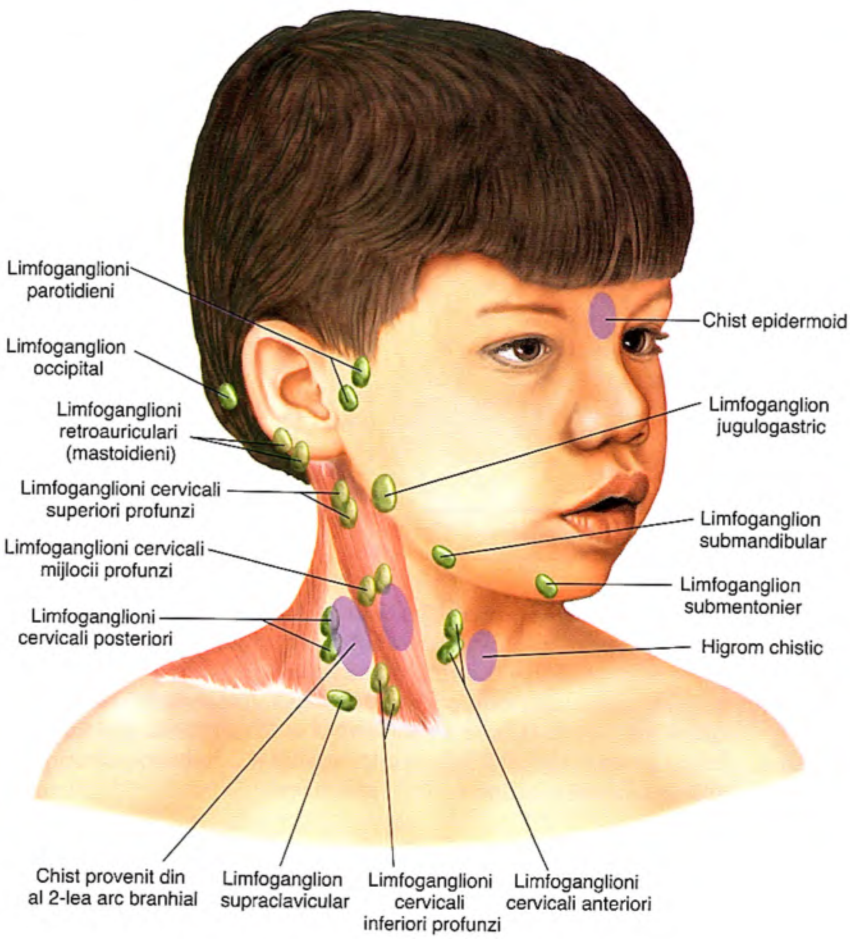
Palpaţi *ganglionii limfatici cervicali* şi evaluaţi prezenţa unor eventuale formaţiuni precum *chisturile congenitale*. Deoarece gâtul sugarului este scurt, palparea se realizează optim cu sugarul în decubit dorsal, în timp ce copiii mai mari sunt examinaţi de preferinţă în poziţie şezândă. Verificaţi poziţia cartilajului tiroidian şi a traheei.

Chisturile de arc branhial se prezintă sub forma unor depresiuni sau orificii mici situate anterior de zona mediană a muşchiului sternocleidomastoidian. Se pot asocia cu fistule.

Chisturile şi sinusurile preauriculare sunt orificii de dimensiunea unei gămălii de ac, frecvente, de regulă situate anterior de helixul auricular. Deseori sunt bilaterale şi se pot asocia uneori cu *deficit auditiv*.

Chisturile de duct tireoglos sunt localizate pe linia mediană a gâtului, imediat deasupra cartilajului tiroidian. Aceste formaţiuni mici, ferme, mobile, se deplasează ascendent odată cu protruzia limbii sau deglutiţia. Sunt descoperite de regulă după vârsta de 2 ani.

Torticolisul congenital sau „gâtul strâmb" este consecinţa hemoragiei din masa muşchiului sternocleidomastoidian, produsă prin întinderea acestuia în timpul naşterii. La nivelul muşchiului se simte o formaţiune fermă, fibroasă, timp de 2-3 săptămâni după naştere, care dispare de obicei în câteva luni.



La nou-născuţi palpaţi *claviculele* şi identificaţi o eventuală fractură. Când este prezentă, veţi simţi discontinuitate în conturul osului, durere, crepitaţii la locul fracturii şi limitarea mişcării braţului de partea afectată.

Fractura de claviculă se poate produce în timpul naşterii, mai ales în cazul unei expulzii dificile de umăr şi braţ.

Toracele şi plămânii

La sugari, *toracele* este mai globulos decât la adulţi, iar peretele subţire al acestuia are musculatura slab dezvoltată; de aceea, zgomotele respiratorii şi cardiace se transmit destul de clar. Cuşca toracică osteocartilaginoasă este moale şi flexibilă. Vârful procesului xifoid proemină deseori anterior, chiar sub tegument.

În copilărie se observă două tipuri de malformaţii ale peretelui toracic, *pectus excavatum* sau „toracele în pâlnie" (înfundat) şi *pectus carinatum* sau „toracele în carenă".

Inspecția. *Evaluați* cu atenție *inspirul, expirul* și *ritmul respirator*. Nou-născuții, mai ales cei prematuri, prezintă perioade cu frecvență respiratorie normală (30-40 pe minut) care alternează cu „respirația periodică" în timpul căreia frecvența respiratorie scade marcat sau chiar se poate opri pentru 5-10 secunde.

Nu vă grăbiți să folosiți stetoscopul. În schimb, observați cu atenție sugarul (vezi imaginea din pagina următoare). Inspecția se realizează mai ușor dacă sugarul nu plânge; în acest scop, colaborați cu părinții pentru a liniști copilul. Printr-o observație de aproximativ 1 minut veți putea constata starea generală, frecvența respiratorie, culoarea tegumentelor, componenta nazală a respirației, zgomotele respiratorii perceptibile și efortul respirator, așa cum este prezentat mai jos.

Deoarece sugarii folosesc exclusiv respirația nazală, observați regiunea nazală în timp ce respiră. Constatați prezența *bătăilor aripioarelor nazale*. Remarcați respirația când sugarul are gura închisă, în timpul alăptării sau când suge din biberon, pentru a evalua permeabilitatea foselor nazale. Ascultați zgomotele respiratorii; notați orice *geamăt*, *wheezing perceptibil* sau *absența zgomotelor respiratorii (obstrucție)*.

Observați două aspecte ale respirației sugarului: *zgomotele respiratorii perceptibile* și *efortul respirator*. Acestea sunt în mod particular relevante în evaluarea afecțiunilor de tract respirator superior și inferior. Studiile efectuate în țări cu acces limitat la investigațiile radiologice pulmonare au arătat că aceste semne sunt cel puțin la fel de utile ca și auscultația tractului respirator superior și inferior.

Apneea reprezintă oprirea respirației pentru mai mult de 20 de secunde. Se asociază deseori cu bradicardie și poate semnala o *afecțiune respiratorie, afecțiune a sistemului nervos central* sau mai rar, o *boală cardiopulmonară*. Apneea reprezintă un factor de risc crescut pentru *sindromul de moarte subită la sugar (SMSS)*.

La nou-născuți și sugarii mici bătăile aripilor nazale pot fi rezultatul unor *infecții de căi respiratorii superioare*, cu obstrucția consecutivă a foselor nazale înguste, dar pot fi prezente și în pneumonie sau alte infecții respiratorii severe.

• Observați respirația – înainte să atingeți copilul!

Tipul de evaluare	Patologia specifică observată
Starea generală	Incapacitate de a se alimenta sau a zâmbi Imposibilitate de consolare
Frecvența respiratorie	Tahipnee (vezi pag. 134)
Culoarea	Paloare sau cianoză
Componenta nazală a respirației	Bătăi de aripioare nazale (dilatarea ambelor narine în inspir)
Zgomotele respiratorii perceptibile	Geamăt (sunet expirator scurt, repetitiv) Wheezing (sunet expirator muzical) Stridor (zgomot inspirator cu tonalitate înaltă) Obstrucție (absența zgomotelor respiratorii)
Efortul respirator	Bătăi de aripioare nazale (mișcări excesive ale narinelor) Geamăt (zgomote expiratorii) Tiraj (retracții toracice): Supraclavicular (țesuturile moi de deasupra claviculei) Intercostal (retracția tegumentului dintre coaste) Subcostal (imediat sub rebordul costal)

Oricare din aspectele patologice enumerate în partea stângă a paginii trebuie să ridice suspiciunea unei afecțiuni respiratorii asociate.

Infecțiile de căi respiratorii inferioare, definite ca infecții cu localizare sub nivelul corzilor vocale, sunt frecvente la sugari și includ *bronșiolita* și *pneumonia*.

Stridorul acut semnalează o afecțiune potențial severă; apare în *laringotraheobronșită* (*crup*), *epiglotită, traheită bacteriană, corpi străini* sau *inele vasculare*.

La sugari, efortul respirator anormal asociat cu aspecte patologice la auscultație sunt semne importante pentru susținerea diagnosticului de *pneumonie*. Cel mai important semn de excludere a pneumoniei este absența tahipneei.

La sugarii sănătoși, excursiile costale au amplitudine scăzută în timpul respirației liniștite. Orice mișcare mai amplă se produce prin coborârea diafragmului, care comprimă conținutul abdominal, iar astfel coastele inferioare sunt împinse în afară.

Dinamica asimetrică a toracelui poate indica o formațiune înlocuitoare de spațiu.



Bolile pulmonare determină intensificarea respirației abdominale și apariția *tirajului (retracție toracică)*, un indicator de afectare pulmonară la vârste sub 2 ani. Retracția toracică reprezintă mișcarea de înfundare a tegumentului dintre două coaste în timpul inspirului. Respirația este afectată în primul rând de dinamica diafragmului și mai puțin de cea a musculaturii toracice. Așa cum s-a menționat în tabelul precedent, la sugar se descriu trei tipuri de tiraj: supraclavicular, intercostal și subcostal.

Sindromul respirator obstructiv poate determina la sugar *semnul Hoover* sau balansul paradoxal, respirație în care abdomenul se destinde, iar toracele se comprimă în timpul inspirului.

Balansul toraco-abdominal paradoxal, respectiv comprimarea toracelui și distensia abdomenului în timpul inspirului, este o constatare normală la nou-născut. Acesta persistă în faza de somn activ sau REM, datorită scăderii tonusului muscular caracteristic acestei faze, chiar și atunci când nu se mai percepe în stare de veghe sau somn profund. Cu vârsta, pe măsură ce tonusul muscular crește și complianța peretelui toracic scade, prezența balansului nu va mai fi considerată normală.

Copiii cu *tonus muscular scăzut* pot prezenta balans toracoabdominal și la vârste mai mari.

Palparea. Evaluați freamătul tactil prin *palpare*. Plasați mâna pe toracele sugarului în timp ce acesta plânge sau emite diverse sunete. Așezați palma sau vârful degetelor pe fiecare hemitorace și determinați simetria transmiterii vibrațiilor vocale. Percuția este inutilă la sugar, exceptând situațiile extreme. Toracele sugarului este hipersonor pe toată suprafața, ceea ce face dificil de apreciat prin percuție existența modificărilor patologice.

Datorită transmiterii foarte bune a zgomotelor pe toată suprafața toracelui, orice aspect patologic al freamătului tactil sau al percuției sugerează afecțiune severă, precum o *condensare pneumonică* masivă.

Auscultația. După ce ați efectuat aceste manevre puteți începe *auscultația*. Zgomotele respiratorii se percep mai puternic și sunt mai aspre decât la adult, deoarece stetoscopul se află mai aproape de originea acestora. De asemenea, este deseori dificil să distingeți între zgomotele transmise de la nivelul căilor respiratorii superioare și cele de la nivelul toracelui. Tabelul următor va oferă câteva indicii ajutătoare. Zgomotele de căi aeriene superioare sunt mai intense, se transmit simetric pe suprafața toracelui și sunt din ce în ce mai puternice când vă apropiați cu stetoscopul de zona cervicală. De regulă, sunt zgomote aspre, inspiratorii. Zgomotele de căi aeriene inferioare sunt mai intense la nivelul zonei afectate, sunt deseori asimetrice și apar de regulă în expir.

Zgomotele bifazice implică *obstrucție severă prin îngustarea căilor aeriene intratoracice* sau *obstrucție severă prin îngustarea căilor aeriene extratoracice*.

Diferențierea zgomotelor de la nivelul căilor aeriene superioare și inferioare la sugar

Tehnică	Căi aeriene superioare	Căi aeriene inferioare
Comparaţi zgomotele provenite de la cavitatea nazală/ stetoscop	Asemănătoare	De regulă, diferite
Ascultaţi caracterul aspru al zgomotelor	Aspre şi intense	Variabile
Notaţi simetria (dreapta/stânga)	Simetrice	De regulă, asimetrice
Comparaţi zgomotele din zone diferite (superior sau inferior)	Zgomotele devin mai intense în partea superioară a toracelui	De regulă, zgomotele devin mai intense în partea inferioară a toracelui spre abdomen
Inspiratorii versus expiratorii	Aproape întotdeauna inspiratorii	De regulă, sunt în faza expiratorie

Zgomotele respiratorii diminuate la nivelul unui hemitorace la nou-născut sugerează afectare unilaterală (e.g. *hernie diafragmatică congenitală*).

Zgomotele expiratorii provin de obicei din sursă intratoracică, în timp ce zgomotele inspiratorii provin de la nivelul căilor extratoracice, precum traheea. În timpul expirului, diametrul căilor aeriene intratoracice se micşorează, deoarece forţele radiale din parenchimul pulmonar adiacent nu mai menţin căile aeriene deschise, aşa cum se întâmplă în inspir. Viteza mare a fluxului aerian în timpul inspirului produce turbulenţe, determinând apariţia zgomotelor perceptibile.

Caracterele *zgomotelor respiratorii*, vezicular sau bronhovezicular, dar şi ale zgomotelor supraadăugate, cum ar fi crepitante, sibilante şi ronflante, sunt asemănătoare cu cele de la adult, cu menţiunea că acestea sunt mai greu de diferenţiat la sugar şi adesea se suprapun. Ralurile sibilante şi ronflante sunt frecvent întâlnite la sugar. *Sibilantele*, însoţite deseori de *wheezing* perceptibil fără stetoscop, apar datorită dimensiunilor înguste ale arborelui traheobronşic. *Ronflantele* reflectă obstrucţia căilor aeriene mari sau a bronhiilor. *Crepitantele* sunt zgomote discontinue (vezi pag. 304), prezente la sfârşitul inspirului; sunt produse de obicei de boli pulmonare, iar la copii sunt mult mai rar întâlnite ca semn de insuficienţă cardiacă decât la adult, având şi caracter mai aspru.

La sugar, wheezing-ul şi sibilantele apar frecvent în *astm bronşic* şi *bronşiolită*.

Crepitantele sunt prezente în *pneumonie* şi *bronşiolită*.

Inima

Inspecţia. Înainte de examinarea cordului *observaţi* cu atenţie sugarul pentru a detecta orice semn de cianoză. Acrocianoza la nou-născut este discutată la pag. 762. Este important să identificaţi *cianoza centrală* (Planşa 18-9, Cianoza la copii, pag. 864) deoarece este întotdeauna un semn patologic, şi multe dintre malformaţiile congenitale de cord, dar şi afecţiunile respiratorii se asociază cu cianoză (vezi Planşa 18-10, Suflurile cardiace congenitale, pag. 856-866).[18]

Cianoza centrală neînsoţită de simptome respiratorii acute sugerează boală cardiacă.

Recunoaşterea gradelor mici de cianoză necesită atenţie deosebită. Examinaţi zone interne ale corpului (e.g. mucoasa bucală, limba sau conjunctivele, în loc să inspectaţi tegumentul). Nuanţele de roz-roşiatic sunt normale, în timp ce culoarea roşie-violacee sugerează scăderea saturaţiei în oxigen.

Evaluaţi şi distribuţia cianozei. O determinare pulsoximetrică va confirma scăderea saturaţiei în oxigen.

Cauze cardiace de cianoză centrală la sugari şi copii

Vârstă de apariţie	Cauză cardiacă posibilă
De la naştere	Transpoziţie de vase mari Atrezie de valvă pulmonară Stenoză severă de valvă pulmonară Posibil maladia Ebstein
La câteva zile după naştere	Toate cauzele de mai sus plus: Întoarcere venoasă pulmonară anormală totală Sindromul de cord stâng hipoplazic Trunchi arterial comun (uneori) Variante de ventricul unic
La câteva săptămâni, luni sau ani de viaţă	Toate cauzele de mai sus plus: Boală vasculară pulmonară cu şunt atrial, ventricular sau de vase mari

Observaţi *semnele generale care indică starea de sănătate* la sugar. Statusul nutriţional, responsivitatea, starea de vioiciune sau iritabilitate – toate sunt indicii utile în evaluarea bolii cardiace. Reţineţi că pot exista şi semne extracardiace la sugarii cu boală cardiacă.

Tahipneea, tahicardia şi hepatomegalia la sugar sugerează *insuficienţă cardiacă congestivă*.

SEMNE EXTRACARDIACE FRECVENTE LA SUGARUL CU BOALĂ CARDIACĂ

Apetit scăzut	Tahipnee	Aspect general deficitar
Falimentul creşterii	Hepatomegalie	Fatigabilitate
Iritabilitate	Hipocratism digital	

Urmăriţi frecvenţa şi ritmul respirator pentru a identifica gradul de severitate a bolii şi pentru a deosebi afectarea cardiacă de cea pulmonară. În afecţiunile pulmonare creşte efortul respirator, pe când în cele cardiace poate exista tahipnee dar fără efort respirator, care apare numai când insuficienţa cardiacă congestivă devine severă.

O bombare difuză la nivelul hemitoracelui stâng sugerează *cardiomegalie* de lungă durată.

Palparea. Ramurile mari ale aortei pot fi evaluate prin examinarea *pulsului periferic*. Pulsul periferic trebuie determinat la primul examen clinic al nou-născuţilor. La nou-născuţi şi sugari este mai uşor de perceput pulsul arterei brahiale din fosa antecubitală, decât pulsul arterei radiale de la încheietura mâinii. Ambele artere temporale se palpează imediat anterior de ureche.

Palpaţi pulsul femural. Acesta se palpează imediat inferior de plica inghinală, pe linia mediană, între creasta iliacă şi simfiza pubiană. Acordaţi-vă timp pentru această manevră; pulsul femural este dificil de palpat la sugarii dolofani şi agitaţi. Dacă mai întâi flectaţi coapsele sugarului pe abdomen, veţi putea depăşi mai uşor reflexul de flexie care apare când veţi încerca apoi să extindeţi membrele inferioare.

Absenţa sau diminuarea pulsului femural este specifică pentru *coarctaţia de aortă*. Dacă nu puteţi detecta pulsul femural, atunci măsuraţi tensiunea arterială la nivelul extremităţilor inferioare şi superioare. Dacă cele două valori sunt egale sau tensiunea arterială este mai mică la nivelul membrelor inferioare, se suspectează coarctaţia de aortă.

Pulsul arterei dorsale a piciorului şi pulsul arterei tibiale posterioare (vezi imaginea) pot fi greu de perceput, cu excepţia cazului în care este prezentă o anomalie de flux prin furt aortic. Pulsul normal are o ascensiune bruscă, este ferm şi bine localizat.



Un puls slab, filiform, greu de perceput, poate reflecta *disfuncţie miocardică* şi *insuficienţă cardiacă congestivă*, mai ales dacă se asociază cu un grad neobişnuit de tahicardie.

Deşi pulsul de la nivelul picioarelor la nou-născuţi şi sugari este de regulă slab, acesta poate fi amplu în anumite maladii, precum *persistenţa de canal arterial* şi *trunchiul arterial comun*.

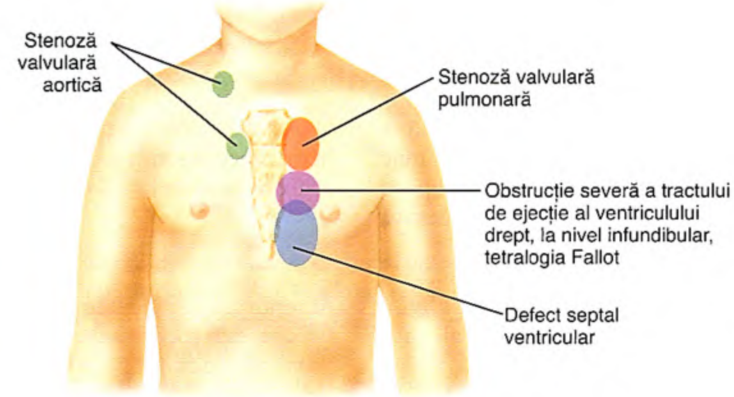
Măsuraţi cu atenţie *tensiunea arterială* la sugari şi copii, ca parte a examinării cardiace, aşa cum s-a arătat la pag. 758.

Şocul apexian nu poate fi întotdeauna palpat la sugar şi este influenţat de ritmul respirator, starea de plenitudine a stomacului şi poziţia sugarului. De regulă, se află cu un spaţiu intercostal mai sus decât la adult în primii ani de viaţă, deoarece cordul are o poziţie orizontalizată.

O bombare „în valuri" la nivel parasternal stâng sugerează *creşterea travaliului ventriculului drept*, în timp ce acelaşi semn localizat în apropierea apexului cardiac sugerează creşterea travaliului ventriculului stâng.

Palparea peretelui toracic vă permite să evaluaţi modificările de volum ale cordului. De exemplu, o arie precordială hiperdinamică reflectă o modificare importantă de volum.

Freamătul este palpabil când turbulenţa fluxului de la nivelul inimii sau vaselor mari se transmite la suprafaţă. Cunoaşterea structurilor precordiale ajută la identificarea originii freamătului. Freamătul se percepe mai uşor cu suprafaţa palmară sau cu baza degetelor, decât cu vârful degetelor. Freamătul are un caracter relativ aspru, vibrant. Imaginea de mai jos ilustrează localizarea mai multor tipuri de freamăt din cadrul diverselor malformaţii cardiace întâlnite la sugar şi copil.



LOCALIZAREA FREAMĂTULUI LA SUGAR ŞI COPIL

Pulsaţiile toracice vizibile şi palpabile sugerează un status hiperdinamic, fie prin creşterea necesarului metabolic, fie prin ineficienţa de pompă ca rezultat al unui defect cardiac asociat.

Auscultaţia. La sugari puteţi evalua mai uşor *ritmul cardiac* începând cu auscultarea cordului şi continuând cu palparea pulsurilor periferice; la copiii mai mari puteţi începe oricum. Sugarii şi copiii prezintă frecvent o aritmie sinusală fiziologică, caracterizată prin creşterea frecvenţei cordului în inspir şi scăderea în expir, uneori destul de brusc. Acest semn normal poate fi identificat prin

Aritmia cea mai frecventă la sugari este *tahicardia paroxistică supraventriculară* sau *tahicardia paroxistică atrială* (*TPSV* sau *TPA*). Apare la orice vârstă, inclusiv in utero.

natura lui repetitivă, corelarea cu respirația și implicarea mai multor bătăi cardiace și nu doar a uneia singure.

Majoritatea nou-născuților și unii copii mai mari prezintă extrasistole atriale sau ventriculare, apreciate deseori ca fiind bătăi premature. De regulă, acestea pot fi remise prin creșterea ritmului sinusal intrinsec din efortul fizic, obținut prin plâns la sugar și sărituri la copiii mai mari, deși uneori extrasistolele apar chiar după un efort fizic. La copilul perfect sănătos au caracter benign și rareori persistă.

Este remarcabil de bine tolerată de unii sugari și copii, fiind depistată cu ocazia examinării unui copil ce pare perfect sănătos, uneori cu ușoară paloare sau tahipnee, dar care are ritm cardiac rapid, susținut, complet regulat, de 240 bătăi pe minut sau mai mult. Alți copii, în special nou-născuții, au stare generală alterată. La copiii mai mari, această aritmie are caracter evident paroxistic, cu episoade de durată și frecvență variabilă.

Zgomotele cardiace. Evaluați cu atenție *zgomotele cardiace* Z_1 și Z_2. În mod normal sunt întărite. De obicei, al doilea zgomot (Z_2) se aude dedublat la baza cordului, dar devine un zgomot unic în expir profund. La nou-născut ar trebui să puteți identifica un Z_2 dedublat când copilul doarme sau este complet liniștit. Detectarea acestei dedublări elimină unele (dar nu toate) din cele mai severe malformații cardiace congenitale.

Aritmiile patologice la copii sunt cauzate de *leziuni structurale cardiace*, dar și de *ingestia de droguri, anomalii metabolice, tulburări endocrine, infecții severe* și *stări postinfecțioase*, sau de tulburări de conducere fără defecte cardiace structurale.

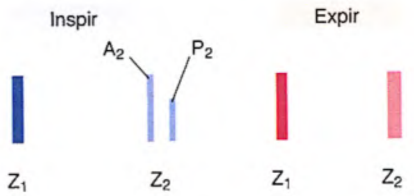
• Caracterele variantelor fiziologice de ritm cardiac la copil

Caractere	Extrasistole atriale (ESA) sau extrasistole ventriculare (ESV)	Aritmie sinusală fiziologică
Vârsta de elecție	La nou-născuți (pot apărea oricând)	După perioada de sugar In perioada copilăriei (rar la adulți)
Corelația cu respirația	Nu	Da: Crește în inspir Scade în expir
Efectul efortului fizic asupra tahicardiei	Dispar prin efort fizic Pot apărea și după efort fizic	Dispare
Caracterul ritmului	Bătăi precoce sau absente Ritm neregulat	Se accentuează progresiv cu inspirul Frecvent diminuează brusc în expir
Numărul de bătăi	De obicei bătăi unice anormale	Bătăi multiple, de regulă în cicluri repetitive
Severitate	De regulă, benigne	Benignă (prin definiție)

Deși extrasistolele ventriculare apar în general la sugarii altminteri sănătoși, acestea pot avea ca substrat boli cardiace, în special *cardiomiopatii* și *malformații congenitale de cord*. Dezechilibrele electrolitice sau metabolice se pot număra și ele printre cauze.

Zgomotele cardiace asurzite sugerează *revărsat pericardic*; zgomote cardiace estompate, slab perceptibile, sugerează *disfuncție miocardică*.

În încercarea de a identifica dedublarea zgomotului Z_2, ascultaţi intensitatea componentelor A_2 şi P_2. Prima componentă, aortică (A_2) a zgomotului doi este mai puternică la bază decât cea de-a doua componentă, pulmonară (P_2).



Componenta pulmonară întărită, în special dacă este mai puternică decât zgomotul aortic, sugerează *hipertensiune pulmonară.*

Dedublarea susţinută a Z_2 poate sugera o presarcină crescută a ventriculului drept, întâlnită în *defectul septal atrial, întoarcerea venoasă pulmonară anormală* sau *anemia cronică.*

Puteţi identifica şi cel de-*al treilea zgomot cardiac* (Z_3), de tonalitate joasă, protodiastolic, perceput cel mai bine parasternal stâng inferior sau la apex. Se aude frecvent la copii şi este considerat normal. Reflectă umplerea ventriculară rapidă.

Al treilea zgomot cardiac (Z_3) trebuie diferenţiat de galopul ventricular, de intensitate mai mare, care este un semn indicator al unei patologii subiacente.



Cel de-*al patrulea zgomot cardiac* (Z_4), rar întâlnit la copii, de frecvenţă joasă, telediastolic, se aude imediat înaintea primului zgomot cardiac.

Al patrulea zgomot cardiac reprezintă scăderea complianţei ventriculare, sugerând *insuficienţă cardiacă congestivă.*

De asemenea, puteţi identifica un *galop aparent* (dedublare largă de Z_2, variabilă), cu frecvenţă şi ritm cardiac normale. La copiii sănătoşi, acest semn des întâlnit nu are caracter patologic.

Un *ritm de galop* – tahicardie plus un Z_3, Z_4 întărit sau ambele – este patologic şi indică *insuficienţă cardiacă congestivă (funcţie ventriculară diminuată).*

Suflurile cardiace. Evaluarea *suflurilor cardiace* la copil reprezintă o mare provocare în cadrul examinării cordului. Pe lângă dificultatea de a ausculta un copil

agitat şi posibil necooperant, va trebui să diferenţiaţi suflurile benigne, frecvente, de cele neobişnuite sau patologice. Descrieţi suflurile cardiace la sugari şi copii, notând localizarea precisă (ex. parasternal stâng superior, nu doar parasternal stâng), raportul cronologic (momentul apariţiei), intensitatea şi caracterul acestora. Dacă fiecare suflu este descris complet prin toate aceste caracteristici, diagnosticul este deja formulat şi necesită doar confirmare şi completarea cu mijloace paraclinice precum ECG, radiografie toracică şi ecocardiografie.

O regulă empirică importantă este aceea că, prin definiţie, *suflurile benigne la copii nu se asociază cu semne patologice*. Majoritatea (dar nu toţi) copiilor cu malformaţii cardiace severe prezintă şi alte semne şi simptome în afară de suflu, identificate printr-o atentă anamneză şi examinare clinică. Mulţi prezintă semne şi simptome extracardiace, inclusiv elemente aparţinând unor sindroame genetice, care pot oferi indicii utile pentru diagnostic.

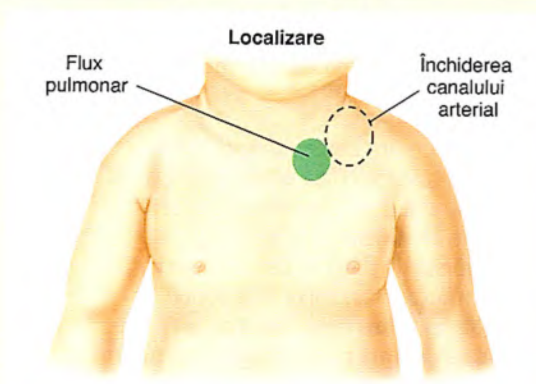
Prezenţa oricărui *semn extracardiac* ce însoţeşte în mod frecvent boala cardiacă la copil creşte semnificativ posibilitatea ca un suflu ce pare benign să fie de fapt patologic.

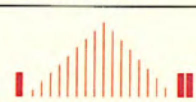
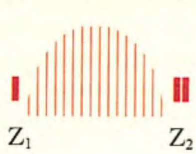
Majoritatea copiilor (unii autori spun aproape toţi) vor prezenta unul sau mai multe *sufluri cardiace funcţionale sau benigne* înainte de vârsta adultă.[19] Este important să identificaţi suflurile funcţionale prin caracterele lor specifice şi mai puţin prin intensitatea acestora. Exersând, cu timpul veţi putea recunoaşte suflurile funcţionale frecvent întâlnite la sugar şi copil, care de obicei nu necesită evaluare.

Imaginea de mai jos descrie două sufluri cardiace *benigne* la sugar, alături de localizare şi principalele caracteristici.

Majoritatea *suflurilor patologice din maladiile congenitale de cord* sunt prezente de la naştere. Altele devin evidente mai târziu, în funcţie de severitatea bolii, de scăderea rezistenţei vasculare pulmonare care se produce după naştere, sau de modificările asociate cu creşterea copilului. Planşa 18-10, la pag. 865-866, prezintă exemple de sufluri patologice în copilărie.

• Două sufluri benigne frecvent întâlnite la sugar



Vârstă de elecţie	Denumire	Caracteristici	Descriere şi localizare
La nou-născut	*Închiderea canalului arterial*		Tranzitoriu, slab, de ejecţie Parasternal stâng superior
De la nou-născut până la 1 an	*Suflu funcţional pulmonar*		Slab, uşor de ejecţie, sistolic La stânga zonei parasternale stângi superioare, pe suprafaţa plămânilor şi în axile

La unii sugari veţi identifica un suflu slab, uşor de ejecţie, care se percepe pe suprafaţa plămânilor, mai ales în axile şi nu în zona precordială. Acesta reflectă fluxul periferic al trunchiului arterei pulmonare, şi în parte este rezultatul dezvoltării inadecvate a arterei pulmonare in utero (când fluxul sanguin pulmonar este minim) şi al unghiului ascuţit prin care trunchiul arterei pulmonare se arcuieşte posterior. În lipsa altor semne fizice care să sugereze o boală cardiacă asociată, acest *suflu funcţional pulmonar* poate fi considerat benign şi în general dispare până la vârsta de 1 an.

Un suflu funcţional pulmonar la un nou-născut asociat cu alte semne de boală este posibil să fie patologic. Bolile pot include *sindromul Williams, sindromul de rubeolă congenitală* şi *sindromul Alagille.*

Un nou-născut cu suflu cardiac şi cianoză centrală are probabil o maladie congenitală de cord şi obligă la evaluare cardiacă de urgenţă.

FIZIOPATOLOGIA UNOR SUFLURI CARDIACE PATOLOGICE

Modificarea rezistenţei vasculare pulmonare

Suflurile cardiace dependente de scăderea postnatală a rezistenţei vasculare pulmonare, care permite trecerea fluxului turbulent din circuitul sistemic de presiune înaltă în cel pulmonar de presiune joasă, nu pot fi percepute înainte de producerea acestei prăbuşiri. De aceea, cu excepţia nou-născuţilor prematuri, suflurile din *defectul septal ventricular* sau *persistenţa de canal arterial* nu se aud în primele zile de viaţă şi de regulă pot fi auzite după o săptămână sau 10 zile.

Defectele obstructive

În defectele obstructive, precum *stenoza aortică şi pulmonară*, suflul se produce datorită fluxului sanguin normal care traversează două valve îngustate, de aceea nu este dependent de prăbuşirea rezistenţei vasculare pulmonare şi se poate auzi de la naştere.

Gradientul de presiune

Suflurile din *insuficienţa valvulară atrioventriculară* se aud de la naştere, datorită gradientului înalt de presiune dintre ventricul şi atriul corespondent.

Modificările asociate cu creşterea copilului

Unele sufluri nu respectă regulile de mai sus, ci sunt perceptibile datorită modificării fluxului sanguin normal şi apar sau se modifică odată cu creşterea. De exemplu, chiar dacă este un defect obstructiv, *stenoza aortică* poate fi silenţioasă până când se produce o creştere considerabilă a organismului, şi într-adevăr rareori se identifică până la vârsta de adult, chiar dacă are ca substrat un defect valvular congenital. În mod similar, suflul funcţional pulmonar din *defectul septal atrial* poate să nu fie perceput timp de un an sau mai mult, deoarece complianţa ventriculară dreaptă creşte progresiv şi şuntul devine mai larg, producând în cele din urmă un suflu rezultat din creşterea volumului de sânge care traversează o valvă pulmonară normală.

Când identificaţi un suflu la copil, descrieţi toate caracteristicile acestuia aşa cum este prezentat în Capitolul 9, Sistemul cardiovascular, pentru a putea diferenţia *suflurile patologice* de cele benigne notate mai sus. Suflurile cardiace care reflectă o boală cardiacă structurală sunt mai uşor de evaluat dacă deţineţi cunoştinţe aprofundate despre anatomia structurilor intratoracice şi modificările funcţionale cardiace care au loc după naştere şi dacă aţi înţeles patogenia formării suflurilor. Clarificarea acestor transformări fiziologice vă vor ajuta să diferenţiaţi suflurile patologice de cele benigne la copil.

Caracteristicile unor sufluri cardiace patologice specifice la copii sunt descrise în Planşa 18-10 la pag. 865-866.

Glanda mamară

Atât la nou-născuţii de sex feminin cât şi la cei de sex masculin glandele mamare sunt deseori tumefiate prin efectul estrogenilor materni; acest aspect poate dura câteva luni. Uneori secretă un lichid alb, denumit popular „lapte de vrăjitoare", care dispare după 1 sau 2 săptămâni.

În *telarha precoce* se produce dezvoltarea precoce a sânilor, de obicei între 6 luni şi 2 ani. Sunt absente alte semne de pubertate sau tulburări hormonale.

Abdomenul

Inspecţia. *Inspectaţi* abdomenul cu sugarul aflat în decubit dorsal (şi, de preferat, când doarme). Abdomenul sugarului este proeminent, deoarece musculatura abdominală este slab dezvoltată. Veţi observa cu uşurinţă vasele de sânge ale peretelui abdominal şi peristaltica intestinală.

Examinaţi *cordonul ombilical* al nou-născutului pentru a identifica posibile anomalii. În mod normal, acesta conţine două artere ombilicale cu pereţi groşi şi o venă ombilicală mai largă dar cu pereţii mai subţiri, care se află de regulă, în poziţia de la ora 12.

Artera ombilicală unică se poate asocia cu anomalii congenitale sau rămâne o anomalie izolată.

Ombilicul nou-născutului este format dintr-o zonă cutanată mai lungă (*umbilicus cutis*) acoperită cu tegument şi o zonă amniotică (*umbilicus amnioticus*) acoperită cu o substanţă gelatinoasă compactă. Porţiunea amniotică se usucă şi cade în decurs de 2 săptămâni, în timp ce porţiunea cutanată se retractă, fiind înglobată de peretele abdominal.

Granulomul ombilical de la baza ombilicului apare prin formarea unui ţesut roz de granulaţie în timpul procesului de cicatrizare.

Inspectaţi zona periombilicală pentru a detecta un eventual eritem sau o tumefacţie. *Hernia ombilicală* poate fi identificată la câteva săptămâni de viaţă. Aceasta se remite până la vârsta de 1 an la mulţi dintre copii, şi aproape la toţi până la 5 ani.

Herniile ombilicale la sugar se produc printr-un defect al peretelui abdominal, şi pot ajunge până la un diametru de 6 cm, când sunt proeminente şi determină creşterea presiunii abdominale.

La unii sugari sănătoşi se observă *diastaza muşchilor drepţi abdominali.* Această dehiscenţă reprezintă distanţarea anormală a celor doi muşchi drepţi abdominali faţă de linia mediană, asociată cu o bombare pe linia mediană (protruzia conţinutului abdominal prin acest defect) evidentă mai ales când sugarul contractă musculatura abdominală. În majoritatea cazurilor este o afecţiune benignă care se remite în prima parte a copilăriei. Distensia abdominală cronică predispune la această afecţiune.

Auscultaţia. *Auscultaţia* abdomenului la un sugar liniştit este simplă. Nu vă lăsaţi surprinşi de orchestra zgomotelor intestinale după ce aţi plasat stetoscopul pe abdomenul sugarului.

Creşterea tonalităţii zgomotelor intestinale apare în *gastroenterite* sau mai rar în *obstrucţia intestinală.*

Percuţia şi palparea. Puteţi *percuta* abdomenul sugarului la fel ca la adult, dar fiţi pregătiţi să decelaţi o rezonanţă timpanică mai mare, datorită predispoziţiei sugarului de a înghiţi aer. Percuţia este utilă pentru aprecierea dimensiunii organelor şi a maselor abdominale.

Un abdomen silenţios, cu timpanism la percuţie, destins şi dureros sugerează *peritonită.*

Palparea abdomenului la sugari este facilă, deoarece acestora le place să fie atinşi. O tehnică utilă de relaxare a sugarului, ilustrată în imagine, este flectarea membrelor inferioare la nivelul genunchilor şi şoldurilor cu o mână şi palparea abdomenului cu cealaltă mână. Menţinând această poziţie puteţi folosi şi o suzetă pentru a linişti sugarul.



Începeţi să palpaţi uşor ficatul din partea inferioară a abdomenului, mergând apoi cu degetele ascendent. Această modalitate de palpare vă ajută să nu omiteţi decelarea unui ficat extrem de mărit, care se extinde până în pelvis. Prin examinare atentă puteţi simţi marginea inferioară a ficatului la majoritatea sugarilor, la 1-2 cm sub rebordul costal drept.

Un ficat de dimensiuni mari şi dureros poate sugera *insuficienţă cardiacă congestivă* sau *boli de tezaurizare.* La nou-născuţi cauzele hepatomegaliei includ *hepatita, bolile de tezaurizare, congestia vasculară* şi *obstrucţia biliară.*

Una din tehnicile de evaluarea a dimensiunii ficatului la sugari este percuţia şi auscultaţia simultană.[20] Percutaţi şi auscultaţi simultan, observând modificarea sonorităţii în timpul percutării deasupra ficatului şi în afara acestuia.

Splina, ca şi ficatul, se palpează uşor la majoritatea sugarilor. Şi splina este moale, cu o margine ascuţită şi se proiectează în jos, sub rebordul costal stâng, ca o lingulă. Splina este mobilă şi rar depăşeşte rebordul costal stâng cu mai mult de 1-2 cm.

Splenomegalia poate fi prezentă în diverse boli, precum *infecţii, anemie hemolitică, boli infiltrative, boli inflamatorii* sau *autoimune* şi *hipertensiunea portală.*

Palpaţi *celelalte organe abdominale.* Veţi observa frecvent în epigastru pulsaţiile produse de aortă. Acestea se percep prin palpare profundă la stânga liniei mediane.

Şi rinichii sugarului se pot palpa, plasând cu grijă degetele unei mâini deasupra şi degetele celeilalte mâini dedesubtul fiecărui rinichi. Colonul descendent se simte ca o formaţiune tubulară situată în cadranul inferior stâng.

Formaţiunile abdominale patologice la sugari pot aparţine de rinichi (ex. *hidronefroza*), vezica urinară (ex. *obstrucţia uretrală*), intestin (ex. *boala Hirschsprung* sau *invaginaţia*), sau pot fi tumorale.

După ce aţi identificat structurile normale ale abdomenului sugarului, folosiţi palparea pentru a detecta formaţiuni patologice.

În *stenoza pilorică*, palparea profundă în cadranul superior drept sau pe linia mediană poate detecta o formaţiune pilorică fermă de 2 cm, de forma unei „olive". În timpul alimentaţiei, unii sugari cu această afecţiune prezintă unde peristaltice vizibile la nivelul abdomenului, urmate de vărsături în jet.

• Dimensiunile ficatului la nou-născutul sănătos la termen[21]

Prin palpare şi percuţie	În medie 5,9 ± 0,7 cm
Proiecţia sub rebordul costal drept	În medie 2,5 ± 1,0 cm

Organele genitale masculine

Inspectaţi organele genitale masculine cu sugarul aflat în decubit dorsal, observând aspectul penisului, testiculelor şi scrotului. *Prepuţul* acoperă complet *glandul penisului.* La naştere acesta nu se decalotează, dar permite retractarea

Hipospadias este un defect în care orificiul uretrei se deschide pe faţa ventrală a glandului sau corpului

suficientă pentru a vizualiza meatul uretral extern. Decalotarea prepuţului la băieţii necircumcişi se produce luni sau ani mai târziu. Frecvenţa circumciziei a scăzut în ultimul timp în America de Nord, iar în restul lumii variază în funcţie de obiceiurile culturale.

penian, proximal de localizarea sa normală (vezi Planşa 18-12, Sistemul urogenital masculin, pag. 868). Prepuţul este incomplet format pe faţa ventrală.

Inspectaţi *corpul penian*, observând orice anomalii ale suprafeţei ventrale. Asiguraţi-vă că penisul este drept.

Încurbarea ventrală permanentă a penisului poate fi întâlnită în hipospadias.

Edemul scrotal poate fi prezent câteva zile după naştere, datorită efectului estrogenilor materni.

Inspectaţi *scrotul*, observând plicaturile ce trebuie să fie prezente la 40 de săptămâni de gestaţie. Palpaţi testiculele în sacul scrotal în sens descendent, începând de la inelul inghinal extern până la scrot. Dacă detectaţi un testicul ascensionat în canalul inghinal, împingeţi-l cu blândeţe în jos, spre scrot. Testiculele nou-născutului au aproximativ 10 mm lăţime şi 15 mm lungime şi sunt localizate în sacul scrotal.

La nou-născuţii cu un *testicul necoborât* (*criptorhidism*), scrotul are aspect nedezvoltat şi îngust, iar palparea indică absenţa conţinutului scrotal (vezi Planşa 18-12, Sistemul urogenital masculin, pag. 868).

La 3% din nou-născuţi unul sau ambele *testicule* nu pot fi detectate în scrot sau în canalul inghinal. Aceasta ridică suspiciunea de *criptorhidism*. În două treimi din aceste cazuri, ambele testicule coboară până la vârsta de 1 an.

Examinaţi prezenţa tumefacţiei testiculare în sacul scrotal sau la nivelul inelului inghinal. Dacă identificaţi o tumefacţie în sacul scrotal, încercaţi să o diferenţiaţi de testicul. Observaţi dacă îşi modifică dimensiunea când presiunea abdominală creşte în timpul plânsului sugarului. Încercaţi să introduceţi degetele deasupra formaţiunii, blocând-o în sacul scrotal. Aplicaţi o presiune uşoară, încercând să reduceţi dimensiunea formaţiunii şi observaţi apariţia durerii. Verificaţi dacă prezintă transiluminare.



TRANSILUMINAREA UNUI HIDROCEL

După Fletcher M. Physical Diagnosis in Neonatology. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998.

Cele mai frecvente mase scrotale la nou-născuţi sunt *hidrocelul* şi *hernia inghinală*; deseori acestea coexistă şi sunt mai des întâlnite pe partea dreaptă. Hidrocelul se suprapune peste testicule şi cordonul spermatic, nu este reductibil şi prezintă transiluminare (vezi imaginea din stânga). Majoritatea cazurilor se rezolvă spontan până la vârsta de 18 luni. Hernia este separată de testicule, de regulă este reductibilă şi nu prezintă transiluminare. Hernia nu dispare spontan. Uneori se poate palpa un cordon spermatic îngroşat (*semnul cordonului de mătase*).

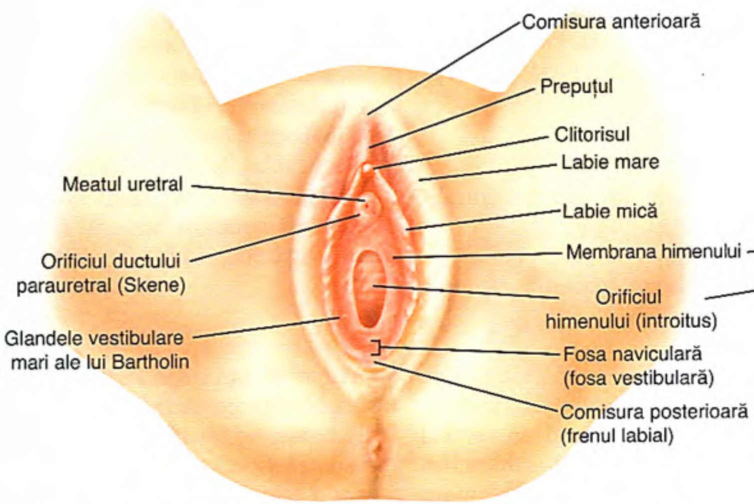
Organele genitale feminine

Deşi este dificil, va trebui să vă familiarizaţi cu anatomia organelor genitale feminine la sugar. Structurile anatomice sunt descrise în pagina următoare prin intermediul unei ilustraţii a organelor genitale feminine la nou-născut şi a unei fotografii.

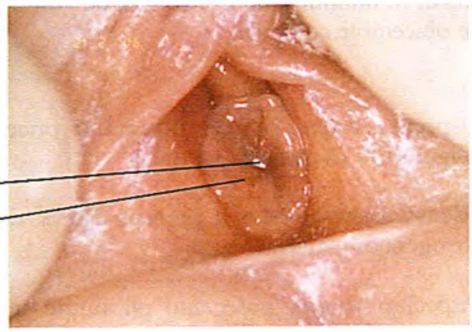
La nou-născutul de sex feminin, organele genitale sunt proeminente datorită efectului estrogenilor materni. Labiile mari şi cele mici au nuanţă roz-stins la sugarii cu tegumente deschise la culoare şi sunt hiperpigmentate la cei cu tegumente închise la culoare. În primele săptămâni de viaţă se observă deseori o secreţie alb-lăptoasă, care uneori poate deveni sangvinolentă. Acest aspect estrogenizat al organelor genitale se remite în primul an de viaţă.

Ambiguitatea organelor genitale, care reflectă masculinizarea organelor genitale externe feminine, este o afecţiune rară produsă de tulburări endocrine, precum *hiperplazia suprarenală congenitală*.

Examinaţi organele genitale feminine cu sugarul aflat în decubit dorsal.



Această ilustraţie descrie anatomia unei femei tinere pentru a demonstra structurile anatomice.



Observaţi himenul intens estrogenizat al acestui nou-născut.

Examinaţi sistematic toate structurile, inclusiv dimensiunea clitorisului, culoarea şi dimensiunea labiilor mari, precum şi prezenţa oricărei iritaţii, echimoze sau leziuni externe. Apoi, în cazul sugarilor, depărtaţi labiile mari în porţiunea lor mediană cu policele de la ambele mâini; în cazul copiilor mici şi mai mari, folosiţi metoda ilustrată în diagrama de la pag. 827. Sugarii vor accepta uşor examinarea, deoarece sunt obişnuiţi să le fie schimbat scutecul şi să fie spălaţi.

Coalescenţa labiilor este destul de des întâlnită, tinde să se subţieze în timp şi deseori dispare fără tratament.

Inspectaţi orificiul uretral şi labiile mici. Evaluaţi starea himenului, care la nou-născuţi şi la sugari se prezintă ca o structură îngroşată, avasculară, cu un orificiu central, acoperind orificiul vaginal (introitul). Ar trebui să distingeţi orificiul vaginal, chiar dacă himenul este îngroşat şi hipertrofiat. Notaţi prezenţa secreţiilor vaginale.

Imperforaţia de himen poate fi observată la naştere.

Examinarea rectală

Examinarea rectală nu se efectuează de regulă la sugari sau copii, decât dacă este nevoie să se verifice permeabilitatea anusului sau prezenţa unei mase abdominale. În astfel de cazuri, flectaţi coapsele sugarului pe abdomen şi efectuaţi tuşeul rectal cu degetul mic, purtând mănuşi şi lubrifiant.

Sistemul osteomuscular

În timpul perioadei de sugar au loc evoluţii spectaculoase la nivelul sistemului osteomuscular. În mare parte examinarea se concentrează pe identificarea anomaliilor congenitale, în special la nivelul mâinilor, coloanei vertebrale, şoldului şi membrelor inferioare. Prin exersare veţi ajunge în timp să combinaţi examinarea osteomusculară cu cea neurologică şi de dezvoltare psihică.

Inspecţia atentă poate detecta malformaţii evidente, precum nanism, anomalii congenitale ale extremităţilor sau degetelor şi benzi inelare constrictive ale extremităţilor.

Mâinile nou-născutului sunt menţinute de obicei strânse în pumn. Pentru a învinge reflexul palmar de apucare (prindere) (vezi subcapitolul Sistemul nervos), va trebui să extindeţi degetele sugarului. Inspectaţi cu atenţie degetele, observând orice defect.

Polipii tegumentari, hipoplaziile digitale, polidactilia (degete supranumerare), *sindactilia* (degete fuzionate) sunt defecte congenitale care pot fi observate la naştere.

Palpaţi suprafaţa *claviculei* pentru a detecta orice tumefacţie, durere sau crepitaţii; acestea pot indica o fractură.

Fractura de claviculă se poate produce în timpul unei naşteri dificile.

Inspectaţi cu atenţie *coloana vertebrală*. Deşi defectele spinale majore, precum *mielomeningocelul*, sunt evidente şi frecvent identificate ecografic înainte de naştere, anomaliile mai puţin sesizabile includ pete pigmentare, placarde cu pilozitate anormală sau depresiuni adânci. Dacă aceste anomalii sunt prezente la o distanţă de până la aproximativ 1 cm de linia mediană, pot camufla deschiderea externă a unor fistule care se continuă până la canalul spinal. Nu încercaţi să sondaţi aceste fistule, deoarece există risc de infectare. Palpaţi coloana vertebrală în regiunea lombosacrală, observând orice deformare.

Spina bifida ocultă (un defect al corpurilor vertebrale) se poate asocia cu defecte de măduvă spinală, care pot produce disfuncţii neurologice severe.

Examinaţi cu atenţie *articulaţia şoldului* nou-născutului şi sugarului la fiecare consult, căutând semne de dislocare (luxaţie).[22] Imaginile de mai jos, precum şi cele din pagina următoare demonstrează cele două tehnici principale de examinare, din care una testează prezenţa luxaţiei posterioare de şold (*testul Ortolani*), iar cealaltă testează capacitatea de subluxaţie sau dislocare a unui şold intact, dar instabil (*testul Barlow*).[22]

Perceperea unui „click" slab care se aude la efectuarea acestor manevre nu confirmă prezenţa dislocaţiei de şold, dar impune examinare atentă.



TESTUL ORTOLANI

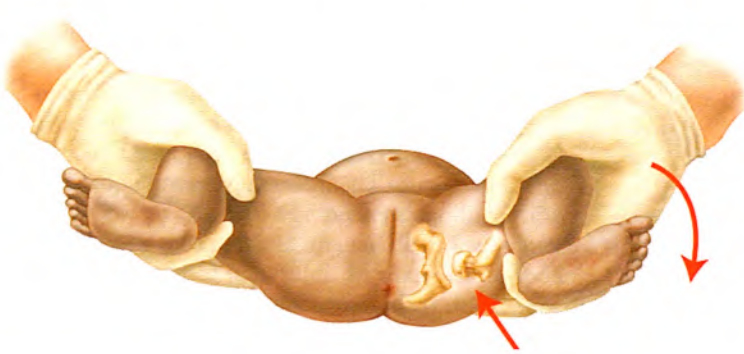


TESTUL BARLOW

Asiguraţi-vă că bebeluşul este relaxat înainte de efectuarea acestor două tehnici. Pentru *testul Ortolani,* aşezaţi copilul în decubit dorsal cu picioarele spre dumneavoastră. Flectaţi membrele inferioare în unghi drept la nivelul şoldului şi genunchiului, cu indexul fiecărei mâini pe trohanterul mare al femurului şi policele pe trohanterul mic. La abducţia simultană a ambelor şolduri, suprafaţa laterală a genunchilor trebuie să atingă masa de examinare.

În *displazia de şold* veţi simţi un „clacment" când capul femural, aflat posterior de acetabul, pătrunde în acetabul. Mişcarea palpabilă de revenire a capului femural în cotil reprezintă un *semn Ortolani pozitiv.*

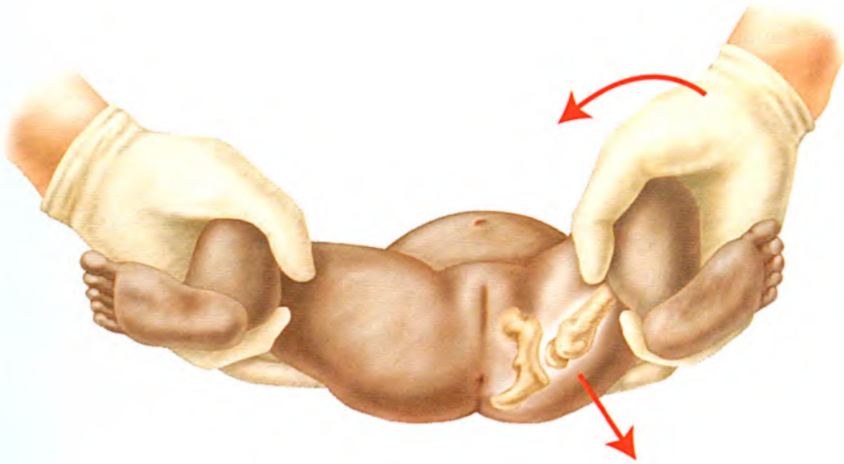
Luxaţia congenitală de şold este un diagnostic important, deoarece instituirea precoce a tratamentului adecvat are rezultate excelente.

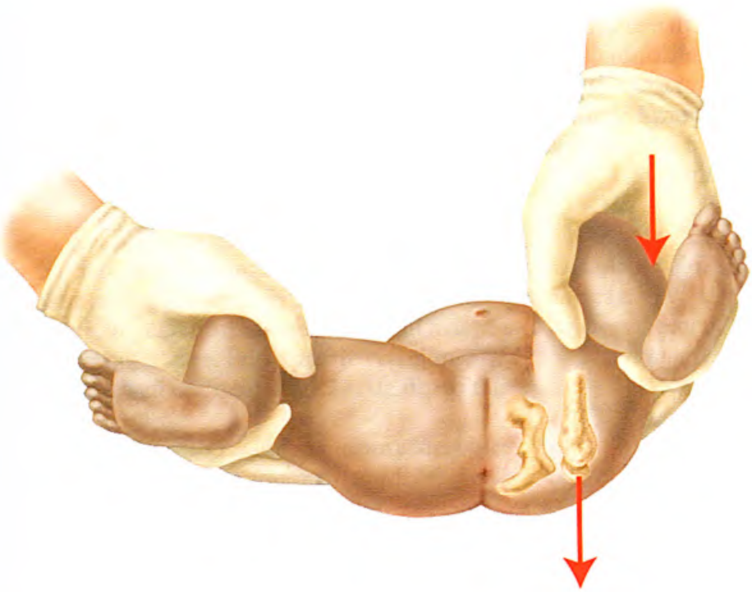


Pentru *testul Barlow*, plasaţi mâinile în aceeaşi poziţie ca la testul Ortolani. De această dată, realizaţi mişcarea în direcţia opusă (flexia membrelor inferioare, adducţia şoldurilor şi ambele police împingând în jos spre masa de examinare şi în afară). Detectaţi orice mişcare laterală a capului femural. În mod normal aceasta nu se percepe, iar şoldul pare „stabil".

Un semn Barlow pozitiv nu este diagnostic pentru *displazia de şold*, dar indică laxitate şi posibilitatea dislocării progresive, în timp, a şoldului, iar copilul necesită consulturi ulterioare. Dacă simţiţi capul femural alunecând în afara marginii posterioare a acetabulului, acesta constituie un *semn Barlow pozitiv*. Când percepeţi această mişcare de dislocare, încercaţi abducţia şoldului, împingând cu indexul şi degetul mijlociu spre interior şi simţiţi mişcarea capului femural ce revine în cavitatea acetabulară.

Copiii cu vârsta mai mare de 3 luni pot avea semnele Ortolani şi Barlow negative chiar dacă au *luxaţie de şold*, datorită scurtării muşchilor şi ligamentelor articulaţiei şoldului.





În completarea examenului articulației șoldului, este important să examinați *membrele inferioare* ale nou-născutului și sugarului pentru identificarea anomaliilor de dezvoltare. Evaluați simetria, gradul de curbare și torsiune a acestora. Nu trebuie să existe diferențe de lungime între membre. Adeseori sugarii normali prezintă pliuri cutanate ale coapsei asimetrice, dar dacă depistați asimetria, efectuați și testele de instabilitate, deoarece luxația de șold se asociază frecvent cu acest semn.

Majoritatea nou-născuților au picioarele *arcuite "în paranteză"* reflectând poziția ghemuită intrauterină.

Un alt element descoperit după vârsta de 3 luni este scurtarea femurală aparentă (*testul Galeazzi sau Alice pozitiv*). Această imagine exemplifică tehnica. Alăturați picioarele și observați orice diferență de înălțime a genunchilor.



Unii sugari prezintă în mod normal rotație sau *torsiune tibială* medială sau laterală față de axul osos longitudinal. Părinții pot fi îngrijorați de picioarele cu vârful orientat spre interior sau exterior sau de un mers stângaci, toate acestea fiind de regulă fiziologice. Torsiunea tibială se corectează spontan în al doilea an de viață, la câteva luni după ce copilul se deplasează prin susținerea greutății.

Torsiunea tibială patologică apare numai în asociere cu *malformații ale șoldului sau picioarelor.*

Mai departe, examinați picioarele nou-născutului sau sugarului. La naștere picioarele pot părea deformate deoarece mențin poziția intrauterină, fiind deviate medial, așa cum se observă în pagina următoare. În mod normal, trebuie să puteți corecta piciorul la poziția neutră sau chiar supracorectată. Alternativ, puteți să stimulați sau să loviți ușor marginea externă a piciorului pentru a vedea dacă acesta își reia poziția normală.

Malformațiile reale ale piciorului nu revin la poziția neutră nici prin manevre specifice.

În mod normal, piciorul nou-născutului prezintă câteva caracteristici benigne, care inițial vă pot îngrijora. Piciorul nou-născutului pare plat, datorită paniculului adipos plantar. Deseori se observă inversiunea piciorului, cu înălțarea marginii mediale. Alți copii pot prezenta adducția antepiciorului fără inversie, aspect numit *metatarsus adductus*. Iar alții vor prezenta adducția întregului picior. În fine, majoritatea copiilor mici prezintă un grad de pronație în etapa inițială de susținere a greutății, cu eversiunea piciorului. În toate aceste variante fiziologice, poziția anormală poate fi ușor supracorectată dincolo de linia mediană. Toate tind să se rezolve spontan în 1 sau 2 ani.

Cea mai frecventă malformație congenitală severă a piciorului este piciorul *varus equin* (piciorul calcaneovalgus) sau *piciorul strâmb.*





Sistemul nervos

Examinarea sistemului nervos la sugari include tehnici cu specificitate înaltă pentru această vârstă. Mai mult, spre deosebire de multe dintre anomaliile neurologice ale adultului, care produc semne localizate, asimetrice, anomaliile neurologice ale sugarului se prezintă deseori ca tulburări de dezvoltare psiho-motorie, de exemplu imposibilitatea atingerii performanţelor specifice vârstei. De aceea, examinarea neurologică şi de dezvoltare psiho-motorie vor fi efectuate simultan. Detectarea unei tulburări de dezvoltare va impune acordarea unei atenţii speciale la examenul neurologic.

Semnele de boală neurologică severă includ *iritabilitatea extremă; postura asimetrică persistentă; extensia persistentă a extremităţilor; întoarcerea constantă a capului într-o parte; extensia marcată a capului, gâtului şi extremităţilor (opistotonus); hipotonie severă; răspuns limitat la durere.*

Examenul neurologic de screening al tuturor nou-născuţilor va evalua statusul mental, funcţia motorie fină şi grosieră, tonusul muscular, plânsul, reflexele osteotendinoase şi reflexele arhaice. Examinarea suplimentară a funcţiei nervilor cranieni, funcţiei senzoriale şi reflexelor arhaice mai rar întâlnite este indicată dacă suspectaţi o eventuală patologie după anamneză şi screening.[23]

Examenul neurologic poate detecta anomalii severe, dar nu şi deficite funcţionale specifice sau leziuni minime.

Statusul mental. Evaluaţi *statusul mental* al nou-născutului observând multiplele aptitudini ale acestuia descrise la pag. 749 („Ce poate face un nou-născut"). Realizaţi testarea nou-născutului în perioada de veghe.

Iritabilitatea persistentă a nou-născutului poate fi un semn de *afectare neurologică* sau reflectă diverse *tulburări metabolice, infecţioase, anomalii constituţionale,* sau *sevrajul la droguri şi medicamente.*

Funcţia motorie şi tonusul muscular. Evaluaţi tonusul muscular al nou-născutului şi sugarului; începeţi prin observarea atentă a posturii în repaus şi testarea rezistenţei pe care aceştia o opun la mişcări pasive.

Continuaţi să evaluaţi *tonusul* muscular prin mobilizarea fiecărei articulaţiile mari în aria sa de acţiune, căutând semne de spasticitate sau flaciditate. Susţineţi copilul în mâini, aşa cum se observă în pagina următoare, pentru a determina dacă tonusul este normal, crescut sau scăzut. Atât hipertonia cât şi hipotonia pot indica afecţiuni intracraniene, dar aceste boli se însoţesc de regulă şi de alte semne.

Nou-născuţii cu *hipotonie* adoptă de obicei poziţia de batracian, cu braţele în flexie şi mâinile lângă urechi. Hipotonia poate fi cauzată de diverse *anomalii ale sistemului nervos central* sau de *afecţiuni ale unităţii motorii.*

Funcţia senzorială. La nou-născut *funcţia senzorială* poate fi testată doar parţial. Testaţi sensibilitatea dureroasă prin stimularea uşoară cu degetul a palmei sau plantei

Dacă după stimulare dureroasă apar modificări ale expresiei faciale sau

sugarului. Observaţi retragerea membrului, tresărirea sau schimbarea expresiei faciale. Nu folosiţi acul pentru testarea durerii.

plâns, dar fără retragerea membrului, copilul poate avea *paralizie.*

Nervii cranieni. La nou-născut şi sugar este posibilă testarea *nervilor cranieni*, dar va trebui să recurgeţi la trucuri complet diferite faţă de cele folosite la copilul mai mare sau la adult. Tabelul următor oferă câteva strategii utile.



Metode de evaluare a nervilor cranieni la nou-născut şi sugar

Nerv cranian		Metodă
I	Olfacţie	Dificil de testat
II	Acuitate vizuală	Stabiliţi contact vizual cu copilul; observaţi expresia feţei şi dacă vă urmăreşte cu privirea.
II, III	Răspuns la lumină	Într-o cameră întunecoasă ridicaţi copilul în poziţia şezândă pentru a-l determina să deschidă ochii. Folosiţi o sursă de lumină şi testaţi *reflexul optic de clipire* (clipitul ca răspuns la lumină). Folosiţi lumina otoscopului (fără specul) pentru evaluarea reflexului pupilar.
III, IV, VI	Mişcări extraoculare	Observaţi capacitatea copilului de a vă urmări expresia zâmbitoare a feţei. Folosiţi o sursă de lumină dacă este nevoie.
V	Motor	Testaţi reflexul punctelor cardinale. Testaţi reflexul de supt (observaţi cum suge copilul la sân, din biberon sau suzetă).
VII	Facial	Observaţi cum plânge şi zâmbeşte copilul; notaţi simetria feţei şi a frunţii.
VIII	Acustic	Testaţi reflexul acustic de clipire (clipitul bilateral ca răspuns la zgomot puternic). Observaţi cum urmăreşte o sursă sonoră.
IX, X	Deglutiţie	Observaţi coordonarea în timpul deglutiţiei.
	Reflex de vărsătură	Testaţi reflexul de vărsătură.
XI	Accesor spinal	Observaţi simetria umerilor.

(se continuă)

Anomaliile nervilor cranieni sugerează prezenţa unor leziuni intracraniene, cum ar fi hemoragia sau o malformaţie congenitală.

Metode de evaluare a nervilor cranieni la nou-născut şi sugar (continuare)

Nerv cranian		Metodă
XII	Hipoglos	Observaţi coordonarea suptului, deglutiţiei şi propulsiei limbii. Pensaţi nările; observaţi deschiderea reflexă a gurii, cu vârful limbii pe linia mediană.

Reflexele osteotendinoase. La nou-născuţi şi sugari *reflexele osteotendinoase* sunt variabile, din cauza imaturităţii căilor corticospinale. De aceea, prezenţa exagerată sau absenţa acestor reflexe are o semnificaţie diagnostică minoră, în afara situaţiei în care răspunsul este diferit faţă de testarea anterioară sau are caracter extrem.

Accentuarea progresivă a reflexelor osteotendinoase în primul an de viaţă poate indica afectarea sistemului nervos central, de exemplu *paralizie cerebrală*, mai ales dacă se asociază cu hipertonie.

Utilizaţi aceeaşi tehnică de obţinere a reflexelor osteotendinoase ca şi la adult. În locul ciocănelului neurologic puteţi folosi indexul sau degetul mijlociu, aşa cum se arată mai jos.

Ca şi la adult, reflexele asimetrice sugerează o leziune de nerv periferic sau de segment spinal.



Reflexele tricipital, brahioradial şi abdominal sunt dificil de obţinut înainte de vârsta de 6 luni. *Reflexul anal* este prezent la naştere şi este important să-l obţineţi atunci când suspectaţi o leziune de măduvă spinală.

Un reflex anal absent sugerează abolirea inervaţiei muşchiului sfincterului anal extern produsă de anomalii ale măduvei spinale, precum cele congenitale (e.g. *spina bifida*), *tumori* sau *traumatisme*.

Deşi răspunsul normal de flexie plantară se obţine la 90% din sugari, un *reflex Babinski pozitiv* la stimulare plantară (dorsiflexia halucelui şi deschiderea în evantai a celorlalte degete) poate fi prezent în mod normal la unii sugari până la vârsta de 2 ani.

Puteţi încerca să obţineţi reflexul achilian prin percuţia uşoară a tendonului lui Achille, dar de cele mai multe ori nu veţi obţine un răspuns. O altă metodă,

exemplificată mai jos, este să prindeţi cu o mână maleola sugarului şi să realizaţi brusc dorsiflexia piciorului. Nu fiţi surprinşi dacă veţi observa ca răspuns la această manevră flexia plantară ritmică a piciorului nou-născutului (*clonusul gleznei*). La nou-născuţi şi la sugarii mici se acceptă ca fiind normale oscilaţii de până la 10 bătăi; acesta este *clonusul nesusţinut al gleznei.*



Reflexele arhaice. Evaluaţi dezvoltarea sistemului nervos central la nou-născut şi sugar prin testarea *automatismelor infantile*, numite *reflexe arhaice.* Acestea apar în perioada gestaţiei, pot fi puse în evidenţă la naştere şi dispar la vârste specifice. Reflexele arhaice anormale sugerează afectare neurologică şi necesită efectuarea unor investigaţii complexe.[24] Cele mai importante reflexe arhaice sunt ilustrate în pagina următoare.

Reflexele arhaice suplimentare descrise la pag. 795 nu sunt utilizate de rutină în examenul clinic general, dar sunt utile pentru evaluarea complexă a unui sugar ce prezintă semne neurologice patologice.

Dezvoltarea. Consultaţi şi însuşiţi-vă reperele de dezvoltare de la pagina 750 şi testul DDST de la pag. 753-754 pentru a şti care aptitudini de dezvoltare specifice vârstei trebuie testate. Prin observaţie şi jucându-vă cu sugarul veţi realiza atât o examinare screening a dezvoltării, cât şi evaluarea performanţelor motorii fine şi grosiere. În mod specific, căutaţi semne de *slăbiciune musculară* observând modul în care copilul menţine poziţia şezândă, de ortostatism şi de tranziţie. Observaţi *postura* copilului în poziţie şezândă sau în ortostatism. Analizaţi cu atenţie *mersul* copilului mic, inclusiv menţinerea echilibrului şi coordonarea mişcărilor. Aptitudinile motorii fine pot fi evaluate în mod similar, combinând examenul neurologic cu cel de dezvoltare. Achiziţiile de bază includ dezvoltarea pensei bidigitale, abilitatea de a manipula obiecte cu ajutorul mâinilor, precum şi sarcini mai precise, cum ar fi construirea unui turn din cuburi sau desenarea pe hârtie, ţinând cont de faptul că dezvoltarea motricităţii fine progresează în direcţie proximo-distală.

Evaluaţi dezvoltarea cognitivă şi socio-emoţională a sugarului în timp ce derulaţi examenul neurologic şi de dezvoltare psiho-motorie. Unele aspecte patologice neurologice produc deficite sau întârzieri în dezvoltarea cognitivă şi socială. Aşa cum am arătat, sugarii cu întârzieri de dezvoltare pot prezenta anomalii ale examenului

EXEMPLE DE ANOMALII

Când contracţiile sunt susţinute (*clonusul susţinut al gleznei*) se suspectează o *leziune a sistemului nervos central.*

Se suspectează un *deficit neurologic* sau *de dezvoltare* dacă reflexele arhaice sunt:

- Absente la vârsta corespunzătoare
- Prezente mai mult timp decât este normal
- Asimetrice
- Asociate cu posturi anormale sau spasme

• Reflexe arhaice

Reflexul arhaic		Manevra de evidenţiere	Vârsta la care apare	Exemple de anomalii
Reflexul palmar de apucare		Plasaţi-vă degetele în mâna copilului şi apăsaţi uşor suprafaţa palmară. Copilul va strânge mâna în pumn şi va apuca degetele examinatoare.	De la naştere până la 3-4 luni	Persistenţa reflexului dincolo de vârsta de 4 luni sugerează afectarea căilor piramidale. Persistenţa mâinii strânse în pumn mai mult de 2 luni sugerează lezarea sistemului nervos central, mai ales dacă degetele se suprapun peste police.
Reflexul plantar de apucare		Atingeţi faţa plantară a piciorului la baza degetelor. Degetele vor face flexie plantară.	De la naştere până la 6-8 luni	Persistenţa peste vârsta de 8 luni sugerează afectarea căilor piramidale.
Reflexul Moro (de tresărire)		Ridicaţi copilul în braţe, în decubit dorsal, susţinând capul, spatele şi membrele inferioare. Coborâţi brusc mâinile cu jumătate de metru. Se produce abducţia şi extensia braţelor, răsfirarea degetelor şi flexia picioarelor. De obicei sugarul plânge.	De la naştere până la 4 luni	Persistenţa peste vârsta de 4 luni sugerează boală neurologică (e.g. paralizie cerebrală); peste vârsta de 6 luni confirmă afectarea neurologică. Răspunsul asimetric sugerează fractură de claviculă sau humerus sau lezarea plexului brahial.
Reflexul tonic asimetric al gâtului		Cu copilul aflat în decubit dorsal, se roteşte capul pe o parte, ajungând cu mandibula deasupra umărului. Se produce extensia braţelor/picioarelor de partea rotaţiei şi flexia extremităţilor de partea opusă. Repetaţi şi în sens invers.	De la naştere până la 2 luni	Persistenţa peste vârsta de 2 luni sugerează dezvoltare asimetrică a sistemului nervos central şi uneori anunţă prezenţa paraliziei cerebrale.
Reflexul de sprijin		Susţineţi copilul în jurul toracelui şi coborâţi-l până când picioarele ating o suprafaţă plană. Se produce extensia şoldurilor, genunchilor şi gleznelor, copilul se ridică şi îşi susţine parţial greutatea, apoi se flectează după 20-30 secunde.	De la naştere sau de la 2 luni până la 6 luni	Absenţa reflexului sugerează hipotonie sau flaciditate. Extensia şi adducţia fixă a membrelor inferioare (în foarfecă) sugerează spasticitatea din bolile neurologice, cum este paralizia cerebrală.

Reflexe arhaice (continuare)

Reflexul arhaic		Manevra de evidenţiere	Vârsta la care apare	Exemple de anomalii
Reflexul punctelor cardinale		Stimulaţi aria periorală la comisura bucală. Gura se va deschide, iar copilul va întoarce capul spre partea stimulată şi va suge.	De la naştere până la 3-4 luni	Absenţa reflexului indică afectare neurologică severă sau leziuni ale sistem nervos central.
Reflexul Galant (de arcuire a trunchiului)		Susţineţi copilul în decubit ventral cu o mână şi stimulaţi un hemitrunchi la 1cm distanţă de linia mediană, de la umeri până la fese. Se produce flexia laterală a trunchiului către partea stimulată.	De la naştere până la 2 luni	Absenţa reflexului sugerează leziune medulară spinală. Persistenţa reflexului poate indica întârziere în dezvoltare.
Reflexul de mers automat		Susţineţi copilul vertical ca la reflexul de sprijin. Lăsaţi suprafaţa plantară a unui picior să atingă suprafaţa mesei. Se produce flexia şoldului şi genunchiului membrului respectiv, iar celălalt picior va păşi înainte. Se produce pasul alternativ.	De la naştere (sigur după 4 zile). Vârsta de dispariţie este variabilă.	Absenţa mersului automat poate indica paralizie. Poate fi absent la copiii născuţi în prezentaţie pelvină.
Reflexul Landau		Suspendaţi copilul în decubit ventral cu o mână. Capul se va ridica, iar trunchiul se va îndrepta.	De la naştere până la 6 luni	Persistenţa acestui reflex poate indica întârziere în dezvoltare.
Reflexul paraşutei		Suspendaţi copilul în decubit ventral şi coborâţi uşor capul acestuia către o suprafaţă. Braţele şi membrele inferioare ale copilului se extind în atitudine de apărare.	De la 4-6 luni şi nu dispare	Apariţia târzie poate anticipa întârzieri ulterioare în dezvoltarea motorie voluntară.

neurologic, deoarece în mare parte acest examen se bazează pe atingerea unor repere specifice vârstei.

O măsurare standardizată a dezvoltării este determinată de coeficientul de dezvoltare,[25] descris prin formula:

$$\text{Coeficient de dezvoltare} = \frac{\text{Vârsta de dezvoltare}}{\text{Vârsta cronologică}} \times 100$$

Evaluaţi dezvoltarea sugarului şi copilului utilizând scale standardizate pentru fiecare tip de dezvoltare, cum ar fi DDST. De exemplu, puteţi atribui unui copil un coeficient de dezvoltare a motricităţii grosiere, un coeficient de dezvoltare a motricităţii fine, un coeficient de dezvoltare cognitivă şi aşa mai departe.

COEFICIENTUL DE DEZVOLTARE

>85	Normal
70-85	Posibilă întârziere; necesită urmărire
<70	Întârziere în dezvoltare

EXEMPLE PRACTICE DE DEZVOLTARE MOTORIE GROSIERĂ ŞI FINĂ

Dezvoltare motorie grosieră

Un copil în vârstă de 12 luni care se ridică în picioare agăţându-se de mobilă (dezvoltare motorie grosieră pentru 9 luni), se târăşte „în patru labe" (10 luni) şi merge susţinut de ambele mâini (10 luni) are dezvoltare motorie grosieră corespunzătoare vârstei de 10 luni. Coeficientul de dezvoltare motorie grosieră al acestui copil este:

$$\left(\tfrac{10}{12} \times 100\right) = 83$$

Acest copil se situează în zona intermediară, poate evolua favorabil fără intervenţie, dar necesită urmărire atentă.

Dezvoltare motorie fină

Un copil în vârstă de 12 luni poate transfera jucăriile dintr-o mână în alta (dezvoltare motorie fină pentru 6 luni), strânge un obiect mic în pumn (7 luni) şi trage obiecte (7 luni). Nu poate ţine câte un cub în fiecare mână şi nu are pensă bidigitală (8-9 luni).

Are reflexe arhaice normale (majoritatea absente), tonus muscular crescut, picioarele "în foarfecă" când este susţinut, spasticitate şi întârziere pe partea motorie grosieră a testului DDST.

Coeficientul de dezvoltare motorie fină al acestui copil este:

$$\left(\tfrac{7}{12} \times 100\right) = 58$$

Acest copil prezintă dezvoltare motorie fină întârziată şi semne de *paralizie cerebrală*.

EVALUAREA COPILULUI MIC ȘI A ȘCOLARULUI



DEZVOLTAREA

Prima copilărie: 1-4 ani

Dezvoltarea fizică. După perioada de sugar, ritmul de creştere fizică se reduce aproape la jumătate. După vârsta de 2 ani, copilul mic câştigă anual aproximativ 2-3 kg în greutate şi 5 cm în înălţime. Transformările fizice sunt impresionante. Copilul mic dolofan şi neîndemânatic devine un preşcolar zvelt şi atletic.

Aptitudinile motorii grosiere se acumulează în ritm rapid. Majoritatea copiilor merg până la vârsta de 15 luni, aleargă bine la 2 ani, pedalează tricicleta şi execută sărituri la 4 ani. Aptitudinile motorii fine se dezvoltă odată cu maturizarea neurologică şi influenţele din mediul înconjurător. Copilul care mâzgăleşte hârtia la 18 luni, va trasa linii la 2 ani şi va desena un cerc la 4 ani.

Dezvoltarea cognitivă şi a limbajului. Copiii mici vor trece de la învăţarea senzitivo-motorie (vizuală şi prin atingere) la învăţarea simbolică, prin rezolvarea unor probleme simple, memorarea cântecelor şi implicarea în jocul prin imitaţie. Limbajul se acumulează cu o viteză incredibilă. De la cele 10-20 de cuvinte pronunţate la 18 luni, copilul ajunge să formuleze propoziţii alcătuite din trei cuvinte la 2 ani şi apoi la conversaţie fluentă la 3 ani. La vârsta de 4 ani, preşcolarul alcătuieşte propoziţii complexe. Gândirea rămâne însă în stadiu preoperaţional, fără procesare logică susţinută.



Dezvoltarea socială şi emoţională. Noile preocupări intelectuale sunt eclipsate numai de apariţia tendinţelor de independenţă. Deoarece copiii mici sunt impulsivi, accesele temperamentale de furie sunt frecvente.

Repere ale dezvoltării în timpul primei copilării

	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani
Plan fizic/ motor	Merge	Aruncă mingea	Sare pe loc Stă într-un picior	Sare într-un picior Pedalează tricicleta	Sare coarda Își ține bine echilibrul
Plan cognitiv/ planul limbajului	2-3 cuvinte	Propoziții din 2-3 cuvinte	Fraze	Vorbire inteligibilă	Copiază forme geometrice Definește cuvinte
Plan social/ emoțional	Jocuri simple (cucu-bau)	Imită activități	Se hrănește singur	Joc imaginar Joc simbolic	Se îmbracă singur Jocuri complexe

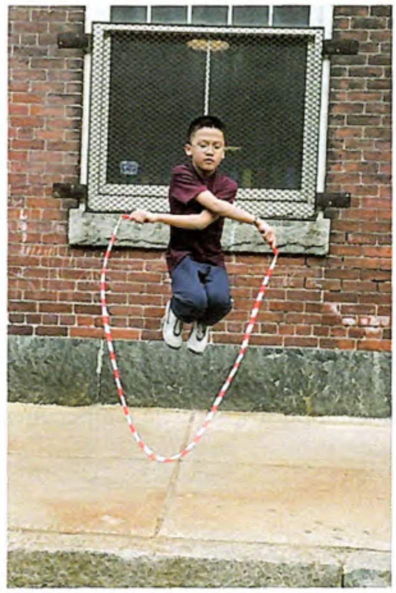
A doua copilărie: 5-10 ani



În ciuda teoriilor lui Freud, a doua copilărie nu reprezintă în nici un caz o etapă latentă. Această perioadă este marcată de explorarea direcționată țintit, dezvoltarea performanțelor fizice și cognitive, și învățarea prin încercare și greșeală. Examenul fizic este relativ mai simplu de efectuat, dar trebuie să luați întotdeauna în considerare stadiul de dezvoltare și sarcinile pe care le poate îndeplini școlarul.

Dezvoltarea fizică. Creșterea este constantă, dar ritmul este mai lent. În același timp, forța și coordonarea sporesc considerabil, odată cu participarea la diverse activități. Este perioada în care copiii cu dizabilități fizice sau boli cronice devin conștienți de propriile limite.

Dezvoltarea cognitivă și a limbajului. Copiii ajung la gândirea „concret operațională" – sunt capabili de învățare mai complexă și cu un grad limitat de logică. Ei rămân cantonați în prezent și au capacitate limitată de înțelegere a consecințelor sau de abstractizare. Școala, familia și cadrul social au o influență covârșitoare asupra învățării. O achiziție importantă a dezvoltării o reprezintă conștiința propriei eficacități, sau capacitatea copilului de a reuși în diverse situații. Limbajul devine tot mai complex.



Dezvoltarea în plan social și emoțional. Copiii devin tot mai independenți, inițiază activități și se bucură de reușitele lor. Realizările sunt cruciale pentru clădirea respectului de sine și dezvoltarea „apartenenței" la structurile sociale fundamentale – familia, școala și grupurile de activități comune cu copiii de aceeași vârstă. De asemenea, în această perioadă poate apărea senzația de vinovăție sau respectul de sine scăzut. Familia și cadrul social contribuie definitoriu la crearea imaginii despre sine a copilului. Dezvoltarea conceptelor morale rămâne simplă și concretă, cu sensul exact de „bine și rău".

• Achiziția reperelor de dezvoltare în a doua copilărie

Repere	Caracteristici	Abordare medicală
Fizice	Forță și coordonare crescute	Depistarea performanțelor, evaluarea problemelor
	Abilități de execuție a unor sarcini și activități variate	Implicarea părinților Susținere pentru copiii cu dizabilități Măsuri profilactice: siguranță
Cognitive	Gândire „concret operațională": concentrare asupra prezentului	Sublinierea consecințelor pe termen scurt
	Acumulare de cunoștințe și abilități, conștiința propriei eficacități	Încurajare; urmărirea abilităților și performanțelor școlare
Sociale	Dobândirea unei „apartenențe" solide la familie, prieteni, școală	Evaluarea, susținerea, consilierea interacțiunilor
	Întreținerea respectului de sine	Încurajarea, accentuarea performanțelor
	Formarea propriei identități	Înțelegere, consiliere, încurajare

ANAMNEZA

Un aspect important şi unic în examinarea copilului îl constituie prezenţa părinţilor, care de regulă participă activ, oferindu-vă ocazia de a observa interacţiunea părinte-copil. Remarcaţi manifestările comportamentale specifice vârstei. Evaluaţi „calitatea apartenenţei" între părinte şi copil. Deşi unele interacţiuni anormale se pot datora cadrului nefamiliar al cabinetului de consultaţii, altele însă pot fi consecinţa unor probleme de relaţionare. *Observarea* atentă a interacţiunii copilului cu părinţii şi a modului liber de joacă al acestuia în cabinet poate identifica *aspecte patologice ale dezvoltării fizice, cognitive şi sociale.*

În mod normal, copiii mici sunt uneori înspăimântaţi sau furioşi faţă de examinator. De multe ori sunt complet necooperanţi. Mulţi dintre ei se obişnuiesc în cele din urmă cu examinatorul. Dacă acest comportament continuă sau nu este adecvat din punct de vedere al dezvoltării, s-ar putea ca la bază să existe o *tulburare de dezvoltare sau de comportament.* Copiii mai mari, de vârstă şcolară, au un autocontrol mai bun, au experienţe anterioare cu medicul şi în general sunt cooperanţi la examenul clinic. Puteţi identifica surprinzător de multe aspecte numai prin simpla observaţie.

ASPECTE ANORMALE ÎN TIMPUL OBSERVAŢIEI

Tulburări comportamentale*

Interacţiune slabă părinte-copil
Rivalitate între fraţi
Disciplinare parentală neadecvată
„Temperament dificil"

Întârzieri de dezvoltare (vezi DDST)

Întârziere în dezvoltarea motricităţii grosiere
Întârziere în dezvoltarea motricităţii fine
Întârziere de limbaj (expresiv, receptiv)
Întârziere în achiziţiile sociale şi emoţionale

Probleme sociale sau de mediu

Probleme parentale, e.g. stres, depresie
Risc de abuz sau neglijenţă

Probleme neurologice

Hipotonie
Postură anormală
Spasticitate
Neîndemânare
Deficit de atenţie şi hiperactivitate
Trăsături autiste
Anomalii osteomusculare
- Malformaţii ale piciorului
- Tulburări de mers

*Notă: Comportamentul copilului în timpul vizitei medicale nu reprezintă întotdeauna comportamentul său obişnuit, dar observaţiile pe care le faceţi vor servi ca punct de plecare în discuţia cu părinţii.

Evaluarea copilului mic

Unele dintre cele mai dificile provocări ale examinării copiilor din acest grup de vârstă sunt evitarea unei confruntări fizice, a plânsului copilului, sau a unui părinte distrat. În practica pediatrică realizarea cu succes a acestor obiective ţine de „arta medicinei".

Începeţi prin a câştiga încrederea copilului şi calmaţi teama acestuia încă de la începutul întâlnirii. Abordarea pe care o veţi alege va fi diferită în funcţie de circumstanţele prezentării. Un control de rutină la un copil sănătos permite o mai bună relaţionare decât consultul unui copil cu boală în stare acută.

Permiteţi-i copilului să rămână îmbrăcat în timpul anamnezei pentru a diminua neliniştea acestuia. Astfel veţi relaţiona mai familiar şi veţi observa copilul jucându-se, interacţionând cu părinţii, dezbrăcându-se şi îmbrăcându-se.

Copiii mici cu vârste între 9 şi 15 luni pot prezenta *anxietate faţă de persoane necunoscute*, o teamă de străini care este normală în această etapă de dezvoltare. Semnalează creşterea conştientizării copilului mic faţă de străinul care reprezintă „noul". Aceşti copii nu ar trebui abordaţi prea brusc. Asiguraţi-vă că rămân în braţele părinţilor pe parcursul examinării.

Mai jos sunt prezentate câteva sfaturi utile pentru examinarea copilului mic.

SFATURI PENTRU EXAMINAREA COPILULUI MIC (VÂRSTĂ ÎNTRE 1-4 ANI)

Strategii utile de examinare	*Jucării şi accesorii utile*
Consultaţi copilul în braţele părinţilor. Încercaţi să vă situaţi la nivelul ochilor copilului.	„Suflaţi" lumina otoscopului.
Consultaţi mai întâi jucăria sau ursuleţul copilului şi apoi pe acesta.	Faceţi „bip" cu stetoscopul pe nasul dvs.
Permiteţi copilului să execute unele manevre ale examinării (e.g. să deplaseze stetoscopul). Apoi reveniţi şi „exploraţi zonele omise" ("hai să vedem ce ne-a scapat").	Confecţionaţi păpuşi din spatulele linguale.
Cereţi copilului care vă respinge „să vă ţină de mână." Apoi cereţi copilului să „vă ajute" la consult.	Folosiţi jucăria copilului pentru joacă.
Unii copii cred că dacă nu vă văd, atunci nu sunteţi acolo. Efectuaţi consultul cu copilul plasat în braţele părintelui şi cu faţa spre el.	Zornăiţi un set de chei pentru a testa auzul.
Dacă un copil de 2 ani are ambele mâini ocupate (de exemplu cu spatule linguale), nu se poate lupta sau împotrivi.	Luminaţi cu otoscopul vârful degetului dvs. „aprinzându-l" şi apoi examinaţi urechile copilului cu acesta.

Implicaţi copiii în conversaţii potrivite vârstei. Puneţi întrebări simple despre boala lor sau despre jucării. Lăudaţi-le aspectul sau comportamentul, spuneţi o poveste sau jucaţi-vă un joc simplu pentru „a sparge gheaţa." Dacă aveţi de-a face cu un copil timid, concentraţi-vă atenţia asupra părintelui pentru a-i permite să se adapteze progresiv.

Cu anumite excepţii, examenul fizic nu implică folosirea mesei de examinare – poate fi efectuat pe podea sau cu copilul în braţele părintelui. Important este să obţineţi cooperarea copilului. La copiii mici care se împotrivesc dezbrăcatului, expuneţi doar zona corpului ce urmează a fi examinată. Când aveţi de examinat fraţi, începeţi cu cel mai mare unde aveţi mai multe şanse de cooperare şi de stabilire a unui bun exemplu.

Apropiați-vă de copil într-un mod plăcut. Explicați fiecare manevră pe care o efectuați. Continuați să discutați cu familia pentru a distrage atenția copilului.

Structurați examenul clinic astfel încât să începeți cu procedurile agreabile și să încheiați cu cele neplăcute (de regulă zona faringelui și a urechilor). Începeți cu zonele care pot fi examinate cu copilul în poziție șezândă, cum ar fi examinarea ochilor sau palparea gâtului. În poziție culcată copilul se poate simți vulnerabil, așa că schimbați cu grijă pozițiile. De îndată ce copilul se află în decubit dorsal, începeți cu abdomenul, lăsând la urmă faringele, urechile și organele genitale. Uneori aveți nevoie de ajutorul părintelui să imobilizeze copilul pentru examinarea urechilor sau faringelui; însă imobilizarea categorică este neadecvată. Răbdarea, distragerea atenției, jocul, flexibilitate în succesiunea examinării și abordarea blândă, dar în același timp fermă, reprezintă punctele cheie ale succesului examenului pediatric la copilul mic.

ALTE SFATURI PENTRU EXAMINAREA COPILULUI MIC

Adresați-vă cu voce calmă pe tot parcursul examinării.

Permiteți copilului să vadă și să atingă toate instrumentele de examinare pe care le veți folosi.

Evitați să cereți permisiune pentru examinarea unei anumite zone, pentru că o veți examina oricum. În schimb, întrebați copilul care ureche sau care parte a corpului dorește să o examinați „prima."

Examinați copilul în brațele părintelui. Lăsați părintele să dezbrace copilul.

Dacă nu este posibil să liniștiți un copil, acordați-i o scurtă pauză.

Transformați consultul într-o joacă. De exemplu, „Hai să vedem cât de mare este limba ta!" sau „Ai un Mickey Mouse în ureche? Hai să-l vedem!"

Liniștiți părinții în legătură cu împotrivirea la examinare, aceasta fiind adecvată stadiului de dezvoltare. Unii părinți stânjeniți îi vor certa pe copii, complicând situația. Implicați părinții în examinare. Descoperiți tehnica sau abordarea care funcționează cel mai bine și care în același timp este practică.

Evaluarea copilului mare



Examinarea copilului după vârsta de intrare la școală întâmpină de regulă puține dificultăți. Deși unii dintre ei își amintesc experiențe clinice anterioare neplăcute, majoritatea copiilor răspund adecvat când examinatorul se adaptează nivelului lor de dezvoltare.

Mulți copii la această vârstă sunt pudici. Oferindu-le halate de examinare și lăsându-i cu lenjeria intimă atât cât este posibil se dovedește o abordare înțeleaptă. Sugerați ca acesta să se dezbrace în spatele unui paravan. Puteți chiar părăsi încăperea în timp ce aceștia se schimbă cu ajutorul părinților. Unii copii preferă ca fratele de sex opus să părăsească încăperea, dar majoritatea preferă ca unul din părinți, indiferent de sex, să rămână cu ei. Părinții copiilor cu vârsta mai mică de 11 ani trebuie să rămână în cabinet.

De obicei, copiii sunt însoţiţi de unul dintre părinţi sau de persoana în grija căreia se află. Chiar şi atunci când sunt singuri, ei de fapt se adresează serviciului medical la insistenţele părinţilor, şi de obicei părintele se află în sala de aşteptare. Atunci când chestionaţi un copil trebuie să luaţi în considerare atât nevoile şi aşteptările copilului, cât şi pe cele ale părinţilor.



Stabilirea contactului. Începeţi întâlnirea salutând şi stabiliţi contactul cu fiecare persoană prezentă. Când vă referiţi la copil, spuneţi-i pe nume în loc de „ea" sau „el". Clarificaţi tipurile de relaţii existente între adulţi şi copii. „Înţeleg că sunteţi bunica lui Jimmy?" „Vă rog să mă ajutaţi să înţeleg cum se înrudeşte Jimmy cu toată lumea prezentă aici." Adresaţi-vă părinţilor cu „D-nul Smith" şi „D-na Smith" şi nu cu numele mic sau „mami" şi „tati". Când structura familiei nu vă este clară de la început, încercaţi să evitaţi momentele jenante, întrebând fără ocol despre alţi membri. „Cine mai locuieşte în casă?" „Cine este tatăl lui Jimmy?" „Locuiţi împreună?" Feriţi-vă să presupuneţi că separarea părinţilor înseamnă că doar unul dintre ei se implică activ în viaţa copilului.

Pentru a stabili legătura medic-pacient, interacţionaţi cu copiii la propriul lor nivel. Experienţa personală pe care o aveţi cu copiii vă poate fi de ajutor. Contactul vizual la nivelul lor, participarea la activităţi jucăuşe şi discuţiile despre lucrurile de care sunt interesaţi sunt întotdeauna strategii folositoare. Întrebaţi copiii într-un mod entuziast, dar calm, despre hainele lor, despre una din jucăriile lor, despre cartea sau emisiunea TV preferată, sau despre adulţii însoţitori. Timpul petrecut la începutul întâlnirii pentru a calma un copil anxios va aduce o stare de confort atât copilului, cât şi însoţitorului.

Discuţia cu familia. Când sunt de faţă mai multe persoane, trebuie să decideţi cui adresaţi întrebările. Chiar dacă la un moment dat aveţi nevoie de informaţii furnizate atât de copil, cât şi de părinte, este mai practic să începeţi cu copilul. Prin adresarea unor întrebări simple cu posibilităţi multiple de răspuns, precum „Eşti bolnav?... Povesteşte-mi despre asta", urmate de întrebări specifice, de cele mai multe ori veţi obţine numeroase informaţii clinice. Ulterior, părinţii confirmă datele, adăugă detalii care întregesc tabloul şi identifică alte probleme asupra cărora doriţi să insistaţi. Descrieţi caracterele unui simptom în acelaşi mod ca la adulţi. Uneori copiii sunt jenaţi la început, dar de îndată ce părintele începe conversaţia, direcţionaţi întrebarea spre copil:

> Mama ta spune că te doare burta. Cum aşa?
> Arată-mi unde te doare. Cum este durerea?
> Este ca o înţepătură sau ca o apăsare?
> Rămâne în acelaşi loc sau se plimbă împrejur?
> Ce ajută s-o faci să dispară? Dar să crească?
> Din ce cauză crezi că apare?

Prezenţa membrilor familiei vă permite să observaţi interacţiunea lor cu copilul. Copilul poate sta liniştit sau poate fi agitat şi începe să se foiască. Urmăriţi dacă părinţii au capacitatea de a impune limite atunci când sunt necesare.

Obiective multiple. Fiecare persoană din cabinet, inclusiv medicul, poate avea păreri diferite despre natura problemei şi ce anume trebuie făcut în continuare. Este sarcina medicului să descopere cât mai multe dintre aceste perspective şi obiective. Chiar şi membrii familiei care nu sunt prezenţi (e.g. părintele sau bunicul absent) pot avea propriile temeri. Întrebaţi şi despre acestea. „Dacă tatăl lui Suzie ar fi aici, ce întrebări sau temeri ar avea?" „D-nă Jones, aţi discutat acest lucru cu mama dvs. sau cu altcineva?" „Ce crede dumneaei?" De exemplu, d-na Jones se prezintă cu Suzie la cabinet pentru dureri abdominale, deoarece îi este teamă că Suzie ar putea avea ulcer, dar este de asemenea îngrijorată de obiceiurile alimentare ale acesteia. Pe Suzie nu o preocupă durerile de burtă, în schimb este stânjenită de schimbările care apar în corpul ei şi de faptul că s-a îngrăşat. D-nul Jones crede că Suzie nu acordă suficientă atenţie şcolii. Ca medic, va trebui să integraţi aceste nelinişti în tabloul clinic pe care vi-l oferă consultul acestei paciente de 12 ani, sănătoasă, aflată la debutul pubertăţii, ce prezintă o uşoară durere abdominală funcţională. În obiectivele trasate trebuie să includeţi şi ajutorul acordat familiei pentru abordarea realistă a limitelor largi ale „normalului" şi să descoperiţi îngrijorările d-lui, d-nei Jones şi ale lui Suzie.

Familia ca remediu. În general, membrii familiei asigură în mare măsură îngrijirile necesare şi sunt aliaţii de nădejde în promovarea stării de sănătate a copilului. Atitudinea deschisă faţă de diferite comportamente parentale vă va ajuta să creaţi această alianţă. Educaţia copilului reflectă obiceiurile culturale, socio-economice şi familiale. Este important să respectaţi multiplele diferenţe existente. O strategie sigură este să consideraţi părintele ca fiind expert în îngrijirea propriului copil, în timp ce medicul are rolul de consultant. Aceasta arată respect faţă de modul în care este îngrijit copilul şi va reduce posibilitatea ca sfaturile să vă fie desconsiderate sau ignorate. Părinţii se confruntă cu multe provocări în procesul de creştere al copiilor, de aceea medicii trebuie să-i încurajeze şi nu să-i judece. Comentarii precum „De ce nu l-aţi adus mai devreme?" sau „De ce aţi făcut acest lucru?" nu vor contribui la relaţionarea bună cu părintele. Declaraţiile de recunoaştere a eforturilor făcute ca părinte şi lăudarea succeselor obţinute sunt întotdeauna apreciate. „D-le Smith, vă descurcaţi minunat cu Bobby. Să fii părinte nu este uşor, iar comportamentul de astăzi al lui Bobby demonstrează clar eforturile dvs." Sau adresaţi-vă copilului, „Bobby eşti foarte norocos să ai un tată aşa minunat".

Obiective ascunse. În sfârşit, ca şi la adulţi, acuzele principale ar putea să nu aibă legătură cu adevăratul motiv pentru care copilul este adus la medic de către părinţi. Motivul prezentării poate fi doar un „permis pentru asistenţă medicală" sau o punte de legătură spre adevărata îngrijorare ce nu pare a fi un motiv îndreptăţit de prezentare la medic. Încercaţi să creaţi o atmosferă de încredere pentru a permite părinţilor să-şi exprime temerile. Puneţi întrebări ajutătoare precum:

> Mai aveţi şi alte îngrijorări legate de Randy?
> Doreaţi să mai spuneţi/întrebaţi şi altceva?



PROMOVAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ŞI CONSILIEREA

Copilul între 1 şi 4 ani

Programul de supraveghere periodică a copiilor recomandat de AAP şi Bright Futures include vizite de control la 12, 15, 18 şi 24 de luni, urmate de vizite anuale la vârsta de 3 şi respectiv 4 ani.[8] Este recomandată şi o vizită suplimentară la 30 de luni pentru evaluarea dezvoltării.

Pe parcursul acestor consultaţii, părinţii adresează medicului întrebări şi îşi exprimă temerile, medicul evaluează creşterea şi dezvoltarea copilului, efectuează un examen fizic complet şi furnizează sfaturi cu rol preventiv cu privire la obiceiurile şi comportamentele sănătoase, atribuţiile sociale ale părinţilor, relaţiile intrafamiliale şi interacţiunile intracomunitare.



Această vârstă este critică pentru prevenirea obezităţii instalate în copilărie: la mulţi copii, traiectoria

către obezitate începe la vârste cuprinse între 3 și 4 ani. Este de asemenea important să evaluați corect dezvoltarea copilului. Instrumentele standardizate pentru screeningul dezvoltării sunt recomandate tot mai mult în măsurarea dimensiunilor variate ale dezvoltării copilului. În plus, trebuie să diferențiați comportamentul normal din copilărie (dar potențial provocator) de comportamentul anormal sau de tulburările mintale.

Caseta de mai jos descrie componentele principale ale vizitei medicale de control la un copil în vârstă de 3 ani, cu accent pe profilaxie. Ca medic nu trebuie să așteptați o vizită de control pentru abordarea măsurilor profilactice – acestea pot fi discutate și în cadrul unui consult pentru o afecțiune minoră.

ELEMENTELE VIZITEI MEDICALE LA UN COPIL ÎN VÂRSTĂ DE 3 ANI

Discuția cu părinții

- Vorbiți despre temerile părinților
- Oferiți sfaturi
- Evaluați aspecte legate de îngrijire, școală, mediul social
- Evaluați aspecte de interes major: dezvoltare, nutriție, siguranță, sănătate orală, relații intrafamiliale, comunitate

Evaluarea dezvoltării

- Evaluați reperele principale ale dezvoltării (DDST): motricitate fină și grosieră, repere socio-personale, limbaj

Examenul fizic

- Efectuați o examinare atentă, inclusiv parametrii de creștere și raportarea lor pe percentilele pentru vârstă

Teste de screening

- Evaluarea clinică a vederii și auzului (testare completă la 4 ani), determinarea hematocritului și plumbemiei (dacă există risc înalt sau la vârsta de 1-3 ani), screening pentru factori de risc social

Vaccinări

- Vezi schema de vaccinare (pag. 741-742)

Măsuri profilactice

Obiceiuri și comportamente sănătoase

- Prevenirea traumatismelor și a bolilor
  Scaun de mașină, intoxicații, expunere la fum de țigară, supraveghere
- Alimentație
  Evaluarea obezității; mese și gustări sănătoase
- Sănătate orală
  Periajul dinților; control stomatologic

Interacțiunea părinte-copil

- Lecturi și momente distractive, TV

Relațiile intrafamiliale

- Activități, persoane în grija cărora este lăsat copilul (bonă)

Interacțiunile intracomunitare

- Vizează îngrijirea copilului și resursele comunității în acest sens

Copilul între 5 și 10 ani

Programul de supraveghere periodică a copiilor cu vârste între 5-10 ani, recomandat de AAP și Bright Futures, include vizite de control anuale în acest interval de timp.[8] Ca și la vârstele anterioare, aceste vizite medicale de control reprezintă ocazii excelente de evaluare a sănătății fizice, mentale și a dezvoltării copilului, precum și a relației părinte-copil. Și încă o dată, profilaxia trebuie integrată în toate interacțiunile cu copilul și familia – profitați de orice ocazie pentru promovarea unei stări de sănătate și dezvoltare optime!



O satisfacţie aparte în procesul de promovare a sănătăţii la copilul mare este reprezentată de discuţia directă cu acesta. Pe lângă subiectele abordate cu părinţii referitoare la sănătate, siguranţă, dezvoltare şi măsuri profilactice, veţi include şi copilul în conversaţie, utilizând un limbaj şi concepte adecvate vârstei. De exemplu, după familie, al doilea mediu ca importanţă pentru copil este reprezentat de şcoală. Discutaţi despre experienţa şi percepţiile copilului despre şcoală, ca şi despre alte activităţi în plan cognitiv şi social. În timpul discuţiilor insistaţi pe obiceiurile sănătoase, cum ar fi alimentaţia echilibrată, activităţi fizice, lectură, activităţi stimulative şi măsuri de siguranţă.

Aproximativ 12% până la 20% din copii prezintă un anumit tip de afecţiune cronică fizică, de dezvoltare, sau mintală.[26] De asemenea, unele comportamente care se stabilesc la această vârstă pot determina sau accentua anumite afecţiuni cronice, precum obezitatea sau tulburările de alimentaţie. De aceea, profilaxia este vitală pentru optimizarea stilului de viaţă sănătos şi diminuarea celui nociv. Mai mult, ajutorul acordat familiei şi copilului cu boală cronică să înfrunte în mod eficient această afecţiune reprezintă baza profilaxiei. În ce-i priveşte pe toţi copiii, starea de bine a familiei este covârşitoare pentru sănătatea acestora; de aceea, promovarea stării de sănătate implică evaluarea şi promovarea sănătăţii întregii familii.

Componentele cheie ale vizitelor de control la copiii mari sunt aceleaşi ca şi la copilul mic, prezentate în caseta din pagina precedentă. Subliniaţi importanţa experienţei şi performanţei şcolare, ca şi a activităţilor şi sporturilor adecvate şi sigure pentru vârsta respectivă.

TEHNICI DE EXAMINARE

De acest moment, ordinea de efectuare a examenului fizic este asemănătoare cu cea de la adult. Examinaţi la final zonele dureroase şi preveniţi copilul înainte de fiecare etapă. Dacă un copil se opune examinării unei anumite zone, puteţi reveni la aceasta la sfârşit.

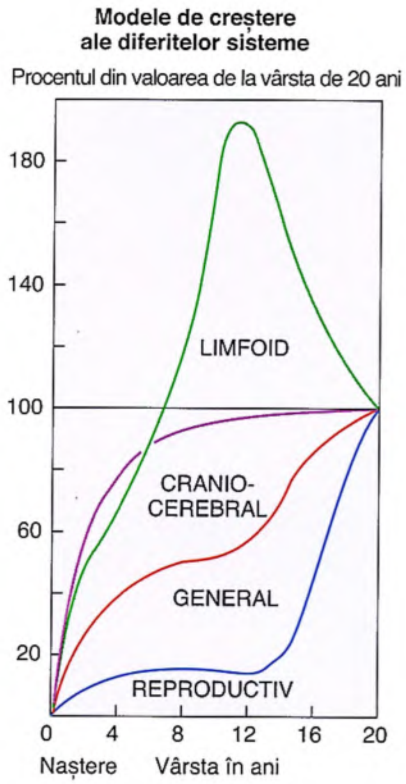
Starea generală şi parametrii vitali

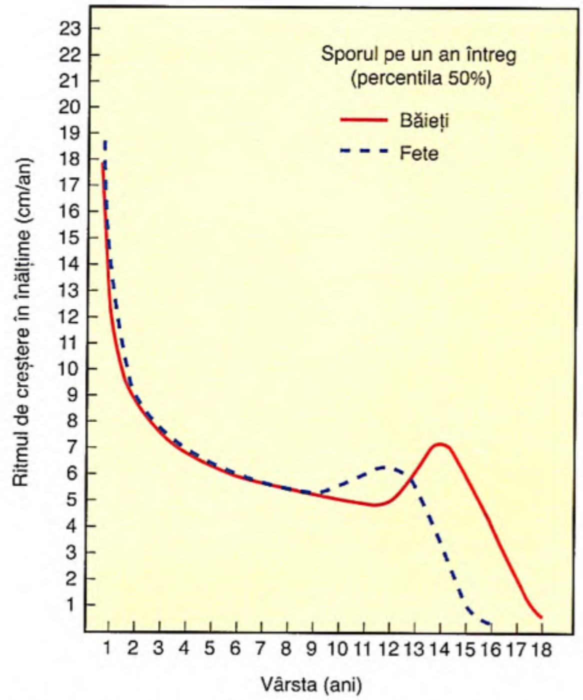
Creşterea somatică

Graficele de la pagina următoare demonstrează modelele de creştere somatică ale diferitelor sisteme la copii.

Înălţimea. La copiii cu vârsta peste 2 ani măsuraţi înălţimea cu copilul în poziţie verticală, în mod optim folosind un taliometru montat pe perete. Puneţi copilul să se aşeze cu călcâiele, spatele şi capul în contact cu peretele sau cu partea posterioară a

Hipostaturalitatea, definită ca înălţime sub valoarea normală pentru vârstă, poate fi o variantă





Curbe care ilustrează ritmul de creștere în lungime și înălțime la băieți și fete bazate pe intervale de 1 an. (După Lowrey GH. Growth and development of children, 8th ed. Chicago, Mosby, 1986.)

taliometrului. Dacă folosiți un perete și o riglă gradată, plasați o tăblie sau o suprafață plană deasupra capului copilului, în unghi drept cu rigla. Cântarul de podea care are atașată o scală pentru înălțime nu măsoară cu precizie.

Regulă empirică pentru înălțime: După vârsta de 2 ani, copiii cresc în înălțime cel puțin 5 centimetri pe an.

normală sau poate fi produsă de afecțiuni endocrine sau de altă natură. Variantele normale includ *hipostaturalitatea familială* și *întârzierea constituțională.* Bolile cronice includ *deficitul de hormon somatotrop,* alte boli endocrine, *boli gastrointestinale, boli renale sau metabolice* și *sindroame genetice.*

Greutatea. Copiii mici care pot sta în picioare și cei de vârstă școlară se cântăresc în lenjerie intimă sau halat de examinare pe cântarul de podea. Deși inițial pot fi neliniștiți, majoritatea copiilor mici pot fi convinși să urce pe astfel de cântare. Utilizați pe cât posibil același cântar.

Copiii mici pot avea sporuri ponderale sau staturale inadecvate dacă aportul caloric este insuficient. Etiologia falimentului creșterii include *tulburări psihosociale, relaționale, gastrointestinale* și *endocrine.*

Perimetrul cranian. De regulă, perimetrul cranian se măsoară până la vârsta de 24 luni. După aceea, această măsurătoare vă este de folos numai dacă suspectați o maladie genetică sau o boală a sistemului nervos central.

Copiii cu obezitate exogenă au în majoritate înălțime potrivită vârstei lor. Copiii cu obezitate de etiologie endocrină pot fi mai scunzi.

Indicele de masă corporală pentru vârstă. Pentru evaluarea IMC la copii sunt disponibile grafice adaptate pentru vârstă și sex (vezi tabelul următor). La copii IMC

Obezitatea pediatrică este în continuă creștere: 36% din copii

se asociază cu masa adipoasă, corelându-se cu riscul ulterior pentru obezitate. Măsurarea IMC este utilă în identificarea precoce a obezităţii la copiii cu vârsta peste 2 ani. În prezent, obezitatea pediatrică este în continuă creştere şi deseori debutează înaintea vârstei de 6-8 ani. Complicaţiile obezităţii pediatrice sunt hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, sindromul metabolic şi scăderea respectului de sine. Obezitatea instalată la vârsta copilăriei conduce adeseori la obezitatea de la vârsta adultă şi scurtează durata de viaţă.

Interpretarea IMC la copii

Grup	IMC pentru vârstă
Subponderal	< percentila 5%
Risc pentru obezitate	≥ percentila 85%
Obezitate	≥ percentila 95%

Parametrii vitali

Tensiunea arterială. Hipertensiunea arterială la copii este mult mai frecvent întâlnită decât se credea până acum, fiind foarte importantă recunoaşterea, confirmarea şi tratamentul ei adecvat. De aceea, trebuie să învăţaţi să măsuraţi cu precizie tensiunea arterială la copil.

Copiii prezintă tensiune arterială crescută în timpul efortului fizic, când plâng şi sunt anxioşi. Deşi la început copiii mici sunt speriaţi, dacă în prealabil li se explică şi demonstrează procedura, majoritatea devin cooperanţi. Dacă tensiunea arterială este iniţial crescută, puteţi repeta măsurătoarea la sfârşitul vizitei; o stratagemă ar fi să lăsaţi manşeta (decomprimată) pe braţ şi să repetaţi procedura mai târziu. Valorile crescute trebuie confirmate întotdeauna prin măsurători ulterioare.

Alegeţi dimensiunea manşetei la fel ca la adulţi. Trebuie să fie suficient de lată pentru a acoperi două treimi din lungimea braţului sau a coapsei. O manşetă mai îngustă va da valori fals-crescute ale presiunii arteriale, în timp ce una mai lată va da valori fals-scăzute şi poate împiedica plasarea membranei stetoscopului la nivelul arterei. *De aceea, dimensiunea potrivită a manşetei este esenţială pentru determinarea exactă a tensiunii arteriale la copii.*

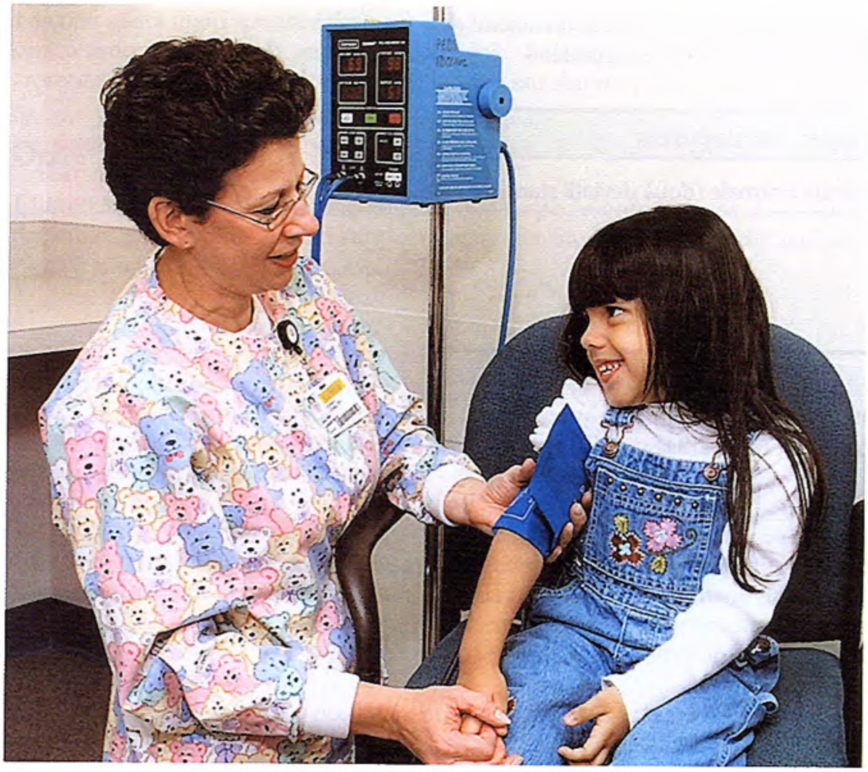
Ca şi la adulţi, presiunea diastolică este determinată de momentul în care zgomotele Korotkoff dispar. Uneori, mai ales la copiii mici dolofani, zgomotele Korotkoff nu se percep prea uşor. În astfel de cazuri, puteţi să folosiţi palparea pentru determinarea presiunii arteriale sistolice, ţinând cont de faptul că presiunea sistolică este cu aproximativ 10 mm Hg mai mică prin palpare decât prin auscultaţie.

O modalitate mai puţin precisă este „inspecţia" ceasului tensiometrului. Balansarea acului tensiometrului începe cu 10 mm Hg mai sus decât prin auscultaţie. Deşi această tehnică este improprie, uneori este singura posibilă la un copil agitat.

americani au IMC > percentila 85%, iar 16% au IMC ≥ percentila 95%.[27] Morbiditatea pe termen lung pentru obezitatea instalată la vârsta copilăriei cuprinde majoritatea organelor şi sistemelor: cardiovascular, endocrin, osteomuscular, gastrointestinal şi psihic. Profilaxia, diagnosticul precoce şi tratamentul agresiv sunt imperioase.

Cea mai frecventă „cauză" de creştere a tensiunii arteriale la copii este probabil *tehnica improprie de măsurare*, de cele mai multe ori consecinţa unei dimensiuni incorecte a manşetei.

Ca şi la adulţi, valorile tensiunii arteriale măsurate la nivelul coapsei la copii sunt cu aproximativ 10 mm Hg mai mari decât cele măsurate la nivelul braţului. Dacă aceste valori sunt egale sau mai mici, atunci se suspectează *coarctaţia de aortă.*



Hipertensiunea arterială tranzitorie la copii poate fi determinată de unele medicamente frecvent folosite, cum ar fi cele pentru astm bronșic (e.g. prednison) și THDA (e.g. ritalin).

În 2004, Institutul Național de Cardiologie, Pneumologie și Hematologie împreună cu Grupul de Lucru pentru Prevenirea și Controlul Hipertensiunii la Copii și Adolescenți, au definit tensiunea arterială normală, înalt-normală și crescută după cum urmează, utilizând cel puțin trei valori măsurate în momente diferite[28]:

Cauzele de *hipertensiune arterială persistentă* includ patologia arterelor renale, bolile renale parenchimatoase, coarctația de aortă și hipertensiunea primitivă.

Tensiunea arterială

Tensiunea arterială	Tensiunea arterială medie sistolică și/sau diastolică pentru vârstă, sex și înălțime
Normal	< percentila 90%
Prehipertensiune arterială	între percentilele 90-95%
Hipertensiune arterială	≥ percentila 95%

Copiii cu hipertensiune arterială trebuie evaluați extensiv pentru determinarea etiologiei. La sugari și copiii mici de regulă se poate identifica o cauză specifică. Însă, un procent aflat în continuă creștere de copii mai mari și adolescenți prezintă hipertensiune arterială esențială sau primitivă. În toate aceste cazuri este important să repetați măsurătoarea pentru a reduce posibilitatea ca valorile crescute să reflecte anxietatea. Uneori, obținerea unor rezultate într-un mediu mai relaxant se poate face repetând măsurarea la școală. Frecvent, la copii hipertensiunea arterială coexistă cu obezitatea.

Este important să nu *etichetați în mod fals* cu hipertensiune un copil sau un adolescent, deoarece constituie un stigmat și se asociază cu potențiale limitări ale activităților și posibile efecte adverse ale tratamentului.

Pulsul. Alura ventriculară medie şi limitele normale sunt prezentate în tabelul de mai jos. Măsuraţi frecvenţa cardiacă într-un interval de 60-90 de secunde.

• Ritmul cardiac mediu la copii, în repaus

Vârstă	Ritm cardiac mediu	Limite normale (două deviaţii standard)
1-2 ani	110	70–150
2-6 ani	103	68–138
6-10 ani	95	65–125

Bradicardia sinusală este reprezentată de o rată a pulsului <100 bătăi pe minut la copiii mai mici de 3 ani şi <60 bătăi pe minut la copiii cu vârste între 3 şi 9 ani.

Frecvenţa respiratorie. Frecvenţa respiraţiilor pe minut se situează între 20 şi 40 în prima copilărie şi între 15 şi 25 în a doua copilărie, ajungând la valorile de la adult în jurul vârstei de 15 ani.

La copiii mici, observaţi mişcările peretelui toracic pe parcursul a două intervale a câte 30 de secunde sau peste 1 minut, de preferat înainte să înceapă să se agite. Alte modalităţi de măsurare a frecvenţei respiratorii sunt auscultaţia directă sau plasarea stetoscopului în faţa gurii copilului, dar valorile obţinute astfel pot fi fals-crescute când copilul devine agitat. La copiii mai mari folosiţi tehnica de la adulţi.

Copiii cu afecţiuni respiratorii, cum sunt *bronşiolita* sau *pneumonia,* prezintă atât tahipnee (rată respiratorie până la 80-90/min) dar *şi* efort respirator crescut tradus prin geamăt, bătăi de aripioare nazale sau folosirea muşchilor inspiratori accesori.

La copiii cu vârsta peste 1 an, limita general acceptată pentru tahipnee este frecvenţa respiratorie mai mare de 40 respiraţii pe minut.

Cel mai precis semn fizic de excludere a *pneumoniei* este absenţa tahipneei.

Temperatura. La copii se preferă înregistrările de temperatură la nivelul conductului auditiv, deoarece se obţin rapid şi practic fără disconfort.

Copiii mici cu infecţii pot prezenta febră extrem de înaltă (până la 40°C). Copiii mai mici de 3 ani cu stare generală alterată şi febră trebuie investigaţi pentru a exclude sepsisul, infecţia de tract urinar, pneumonia sau alte etiologii infecţioase.

Tegumentul

După primul an de viaţă tehnicile de examinare sunt asemănătoare cu cele de la adult (vezi Capitolul 6, Tegumentul, părul şi unghiile.)

Capul

Examinarea capului şi gâtului se va face în funcţie de stadiul de creştere şi dezvoltare a copilului.

Înainte de a atinge copilul observaţi forma capului, simetria acestuia şi prezenţa eventualelor anomalii faciale. Anomaliile feţei pot să nu fie evidente decât mai târziu în copilăriei, de aceea examinaţi cu atenţie aspectul feţei şi capul tuturor copiilor.

La copii există tipuri specifice de facies cu valoare diagnostică (Planşa 18-6, Tipuri caracteristice de facies la sugar şi copil, pag. 860-861) care reflectă anomalii cromozomiale, tulburări endocrine, boli cronice sau alte afecţiuni.

Ochii

Examinarea ochilor la copiii mici implică două aspecte principale: să determinaţi dacă mişcările globilor oculari sunt conjugate sau simetrice şi să testaţi acuitatea vizuală a fiecărui ochi.

Strabismul la copii (vezi Planşa 18-7, Aspecte patologice ale ochilor, urechilor şi cavităţii bucale, pag. 862) se tratează de către medicul oftalmolog.

Mişcările oculare conjugate. Utilizaţi metodele descrise pentru adulţi în Capitolul 7 pentru evaluarea *privirii conjugate*, sau *poziţiei şi alinierii globilor oculari*, şi a funcţiei muşchilor extraoculari. La copii, sunt utile în special testul reflexului cornean şi testul de acoperire - descoperire a ochiului.

Atât *strabismul ocular* cât şi *anizometropia* (erori de refracţie semnificativ diferite la cei doi ochi) pot conduce la *ambliopie* sau vedere diminuată a unui ochi altfel normal. *Ambliopia* determină aşa-numitul „ochi leneş", cu acuitate vizuală diminuată permanent dacă defectul nu este corectat la timp (de regulă înainte de vârsta de 6 ani).

Puteţi efectua testul acoperit - descoperit prin joc, cerându-i copilului să vă privească nasul sau să spună dacă zâmbiţi sau nu, în timp ce îi acoperiţi unul din ochi.

Acuitatea vizuală. Este posibil să nu puteţi măsura *acuitatea vizuală* la un copil cu vârsta mai mică de 3 ani, care nu poate identifica imaginile de pe optotip. Pentru aceşti copii, cea mai simplă metodă de examinare rămâne evaluarea fixării preferenţiale prin acoperirea alternativă a fiecărui ochi; copilul cu acuitate vizuală normală nu va protesta, în schimb copilul cu acuitate scăzută la un ochi va protesta la acoperirea ochiului sănătos. Este important ca la toate testele de acuitate vizuală ambii ochi să arate acelaşi rezultat.

Acuitatea vizuală diminuată se întâlneşte frecvent la copiii născuţi prematur şi la cei cu tulburări neurologice sau de dezvoltare.





Acuitatea vizuală

Vârstă	Acuitate
3 luni	Se realizează convergenţa oculară; sugarul reuşeşte să atingă obiectele situate în apropierea sa
12 luni	~20/200
<4 ani	20/40
≥4 ani	20/30

Orice diferenţă de acuitate vizuală între cei doi ochi (e.g. 20/20 la ochiul stâng şi 20/30 la cel drept) este considerată anormală, iar pacientul va fi îndrumat spre oftalmolog.

Aşa cum se arată mai jos, acuitatea vizuală la copiii mai mari de 3 ani poate fi testată formal, utilizând o planşă oftalmologică cu diverse optotipuri (litere sau simboluri).[29] Copilul care nu cunoaşte încă literele sau cifrele poate fi testat adecvat cu ajutorul imaginilor, simbolurilor sau cu planşa „E". Când folosiţi planşa „E" majoritatea copiilor vor coopera, identificând direcţia în care este îndreptat „E".

Cea mai frecventă tulburare vizuală la copii este *miopia*, care poate fi uşor depistată prin această tehnică de examinare.

Câmpul vizual. *Câmpul vizual* se testează la sugari şi copiii mici cu pacientul aşezat în braţele părintelui. Se va examina pe rând fiecare ochi, celălalt ochi fiind acoperit. Ţineţi capul copilului pe linie mediană în timp ce aduceţi o jucărie în câmpul vizual al acestuia pornind din spatele copilului. Practic metoda este aceeaşi ca la adult, cu singura diferenţă că va trebui să transformaţi totul într-un joc.





Urechile

Pentru a examina *conductul auditiv extern* şi *timpanul* copilului mic, veţi simţi nevoia să aveţi 10 mâini şi o mulţime de stratageme, aceştia fiind sensibili şi temători deoarece nu pot observa procedura. Însă prin exerciţiu veţi putea stăpâni această tehnică. Din păcate, majoritatea copiilor mici vor trebui imobilizaţi pentru scurt timp în timpul efectuării acestei examinări, motiv pentru care este bine să o lăsaţi la urmă.

Când copilul nu este prea speriat, veţi putea examina urechile cu pacientul aşezat în braţele părintelui. Vă va fi de ajutor să transformaţi examenul otoscopic într-un joc, căutând de pildă un obiect imaginar în urechea copilului sau vorbind vesel pentru a-i calma frica. Plasaţi speculul otoscopic în canalul auditiv extern şi apoi îl retrageţi, pentru ca pacientul să se obişnuiască cu procedura înainte de examinarea propriu-zisă.

Întrebaţi părintele despre poziţia pe care ar prefera-o copilul în timpul examinării. Există două poziţii frecvent folosite: cu copilul în decubit dorsal şi imobilizat, sau cu copilul aşezat în braţele părintelui. Când copilul este în decubit dorsal, rugaţi părintele să-i ţină braţele fie extinse, fie aproape de corp pentru a limita mişcarea. Ţineţi capul şi trageţi de tragus cu o mână, în timp ce cu cealaltă mână manevraţi otoscopul. Când copilul se află în braţele părintelui, acesta va prinde picioarele copilului între propriile picioare. Părintele poate ajuta plasând un braţ în jurul corpului copilului, iar cu celălalt braţ va fixa capul.

Membrana timpanică. Pentru mulţi studenţi vizualizarea membranei timpanice la copii este o manevră dificilă. La copiii mici canalul auditiv extern este orientat ascendent şi posterior faţă de exterior iar pavilionul auricular trebuie tras în sus, în afară şi înapoi pentru a facilita o bună vizualizare. Ţineţi capul copilului cu o mână (cu mâna stângă, dacă sunteţi dreptaci) şi cu aceeaşi mână trageţi de pavilion. Poziţionaţi otoscopul cu cealaltă mână.

SFATURI PENTRU EFECTUAREA EXAMENULUI OTOSCOPIC

Folosiţi cel mai bun unghi al otoscopului.
Folosiţi speculul cel mai larg posibil.
- Un specul larg vă permite să vizualizaţi mai bine membrana timpanică.
- Un specul mic nu poate produce etanşeizare pentru otoscopia pneumatică.

Nu aplicaţi o presiune prea mare, deoarece provoacă plânsul copilului şi produce rezultate fals-pozitive la otoscopia pneumatică.
Inseraţi speculul pe o distanţă de 0,5-1 cm în interiorul canalului.
Identificaţi mai întâi reperele.
- Uneori canalul auricular seamănă cu membrana timpanică – nu vă lăsaţi păcăliţi.

Observaţi dacă există aspecte patologice ale membranei timpanice.
Îndepărtaţi cerumenul dacă vă împiedică vizualizarea, folosind:
- Curete speciale din plastic
- Un minitampon de bumbac umezit
- Spălătura auriculară la copiii mai mari
- Instrumente speciale pentru această manevră.

Aşa cum există două poziţii în care poate fi aşezat copilul (culcat şi şezând), există şi două modalităţi de a ţine otoscopul, după cum demonstrează imaginile următoare:

- Prima tehnică este cea folosită la adulţi, cu mânerul otoscopului îndreptat ascendent sau lateral, în timp ce trageţi pavilionul în sus. Aşezaţi faţa dorsală a mâinii care ţine otoscopul în sens opus capului copilului, pentru a amortiza mişcările bruşte ale pacientului.





- A doua tehnică este folosită de mulţi pediatri datorită unghiului diferit al canalului auditiv la copii. Ţineţi otoscopul cu mânerul îndreptat în jos în timp ce trageţi de pavilion în sus. Cu o mână fixaţi capul copilului şi trageţi de pavilion, iar cu cealaltă mână ţineţi otoscopul.





Otita medie acută este frecvent întâlnită la copii. Copilul simptomatic prezintă în mod tipic o membrană timpanică congestivă, bombată, cu reflex luminos slab sau absent şi mobilitate scăzută la otoscopia pneumatică. De asemenea, în spatele membranei timpanice poate exista puroi. Vezi Planşa 18-7, Aspecte patologice ale ochilor, urechilor şi cavităţii bucale, pag. 862. Otalgia este simptomul cel mai util pentru diagnostic, alături de semnele de mai sus.[30,31]

Pentru a creşte acurateţea diagnosticului de otită medie, învăţaţi să utilizaţi *otoscopul pneumatic*. Acesta vă permite să evaluaţi mobilitatea membranei timpanice în timp ce creşteţi sau diminuaţi presiunea din canalul auditiv extern, comprimând bulbul de cauciuc al otoscopului.

Mai întâi, verificaţi integritatea otoscopului pneumatic acoperind vârful speculului cu degetul şi comprimând bulbul. Observaţi presiunea din bulb. Apoi, inseraţi speculul astfel încât să astupe canalul; acest aspect este critic, căci lipsa etanşeizării duce la rezultate fals-pozitive (absenţa mobilităţii membranei timpanice).



Uneori, în otita medie acută, membrana timpanică perforează, iar puroiul se scurge în canalul auditiv. În astfel de cazuri nu veţi putea vizualiza membrana timpanică.

Mobilitatea membranei timpanice este absentă când se acumulează lichid în urechea medie (*otita medie seroasă*).

Otita medie seroasă se poate asocia cu hipoacuzie temporară semnificativă, care durează câteva luni.

Când se introduce aer într-un canal auricular normal, membrana timpanică şi reflexul său luminos se deplasează spre interior. Când aerul este scos, membrana timpanică se deplasează spre exterior, adică spre examinator. Această mişcare de du-te-vino a membranei timpanice a fost asemănată cu pânzele fluturate de vânt ale unei corăbii. Dacă membrana timpanică nu se deplasează vizibil când introduceţi presiune pozitivă sau negativă, atunci este probabil să existe o acumulare de lichid în urechea medie. Copilul cu otită medie acută tresare datorită durerii produse de presiunea aerului.

În *otita externă* (dar nu şi în cea medie) mobilizarea pavilionului produce durere.

Mişcaţi şi trageţi uşor de *pavilionul* urechii înainte sau în timpul examenului otoscopic. Inspectaţi cu atenţie zona retroauriculară, la nivelul osului mastoid.

În *mastoidita* acută pavilionul urechii proemină anterior, iar zona de la nivelul osului mastoid este eritematoasă, tumefiată şi dureroasă.

Testarea auditivă de rutină. Deşi testarea auditivă de rutină este necesară pentru identificarea cu precizie a deficitelor de auz la copiii mici, puteţi testa formal auzul prin testul vocii şoptite. Pentru a executa acest test, plasaţi-vă în spatele copilului (astfel încât să nu vă poată citi pe buze), acoperiţi unul din canalele auditive şi masaţi tragusul printr-o mişcare circulară. Şoptiţi litere, cifre sau cuvinte şi cereţi copilului să le repete, apoi testaţi şi cealaltă ureche. Această tehnică prezintă sensibilitate şi specificitate relativ înaltă comparativ cu testele de rutină.[32]

Copiii mici care nu reuşesc să treacă aceste teste de screening sau care prezintă întârzieri de limbaj vor fi testaţi audiometric. Aceşti copii pot prezenta *deficite auditive.*

Până la 15% din copiii de vârstă şcolară prezintă cel puţin hipoacuzie uşoară, ceea ce subliniază importanţa screening-ului acuităţii auditive înainte de intrarea la şcoală.[32]





Academia Americană de Pediatrie recomandă efectuarea testelor de screening acustic prin echipament standardizat la toţi copiii cu vârsta peste 4 ani. Alte grupuri de experţi consideră că nu este necesar screening-ul auditiv de rutină la copiii asimptomatici. Dacă totuşi utilizaţi un test acustic de screening, măsuraţi întreaga arie de frecvenţe acustice, inclusiv nivelul vorbirii (între 500 şi 6000 Hz). Tabelul de mai jos prezintă o clasificare a limitelor auditive.

Limitele auzului la testele de screening acustic de rutină

Auz normal	0–20 dB
Hipoacuzie uşoară	21–40 dB
Hipoacuzie moderată	41–60 dB
Hipoacuzie severă	61–90 dB
Hipoacuzie profundă	>90 dB

Cavitatea nazală şi sinusurile

Inspectaţi partea anterioară a cavităţii nazale, utilizând un specul larg de la otoscop. Vizualizaţi mucoasa nazală, observând culoarea şi aspectul. Căutaţi prezenţa deviaţiei de sept nazal sau a polipilor nazali.

Mucoasa nazală palidă şi umedă se întâlneşte la copiii cu *rinită cronică alergică (persistentă).*



Rinita purulentă este frecventă în infecţiile virale, dar poate face parte şi din tabloul clinic al *sinuzitei.*

Secreţiile nazale purulente, fetide, unilaterale, se pot datora unui *corp străin* intranazal. Acesta este un aspect particular la copiii mici preşcolari, care obişnuiesc să-şi introducă obiecte în orice orificiu al corpului.

Polipii nazali sunt excrescenţe cărnoase în interiorul nasului. În general se întâlnesc izolat, dar în unele cazuri fac parte dintr-un sindrom.

Sinusurile maxilare se identifică pe radiografie la vârsta de 4 ani, sinusurile sfenoidale la 6 ani, iar cele frontale la 6-7 ani. La copiii mai mari sinusurile pot fi palpate la fel ca la adulţi, testând sensibilitatea dureroasă.[33] Transiluminarea sinusurilor paranazale la copiii mici are specificitate şi sensibilitate scăzută pentru diagnosticul sinuzitei sau prezenţei acumulărilor lichidiene sinusale.

Copiii cu rinoree purulentă (de obicei unilaterală) asociată cu cefalee, dureri faringiene şi sensibilitate la palparea sinusurilor, pot avea *sinuzită.*

Cavitatea bucală şi faringele

La copiii mici şi anxioşi ar fi bine să lăsaţi la sfârşit această examinare, deoarece ar putea necesita imobilizare de către părinte. Copilul cooperant se va simţi mai confortabil în braţele părintelui.

Imaginea alăturată demostrează câteva metode de convingere a unui copil să deschidă gura. Copilul care poate spune „aaa" oferă o vizualizare suficientă (deşi scurtă) a faringelui posterior, astfel încât să nu fie necesar să folosiţi spatula linguală. Copiii sănătoşi vor coopera mult mai bine la această examinare decât cei bolnavi, mai ales când copilul bolnav vede spatula linguală sau i s-a recoltat în trecut exsudat faringian.

Dacă este nevoie să folosiţi o spatulă linguală, apăsaţi şi trageţi uşor anterior în timp ce copilul spune „aaa", având grijă să nu plasaţi lama mult posterior pentru a nu declanşa un reflex de vărsătură. Uneori copiii mici şi anxioşi încleştează dinţii, strâng buzele şi sunt agitaţi, fiind necesară imobilizarea lor. În aceste cazuri, pătrundeţi cu grijă cu spatula printre dinţii copilului şi apoi deasupra limbii. Această manevră vă permite fie să apăsaţi limba, fie să obţineţi un reflex de vărsătură, ceea ce va conduce la o vizualizare scurtă a faringelui posterior şi a amigdalelor. Reţineţi că un asalt frontal direct şi neplanificat asupra incisivilor copilului se va solda cu un eşec şi ruperea spatulei; aveţi nevoie de o pregătire atentă şi de ajutorul părinţilor.



Examinaţi *dinţii*, vârsta de apariţie şi cronologia erupţiei dentare, numărul, calitatea, aspectul şi poziţia. Anomaliile se smalţ dentar reflectă afecţiuni locale sau generale.

CUM CONVINGEŢI COPIII SĂ DESCHIDĂ GURA (CUNOSCUT CA „VREI SĂ SPUI 'AAA' TE ROG"?)

- Transformaţi totul într-un joc.
  - „Hai să vedem ce ai în gură."
  - „Poţi să scoţi limba de tot?"
  - „Pun pariu că nu poţi deschide gura mare!"
  - „Lasă-mă să-ţi văd dinţii pe dinăuntru."
  - „S-a blocat Mickey Mouse acolo?"
- Nu arătaţi spatula linguală decât dacă este într-adevăr necesar.
- Demonstraţi mai întâi manevra pe un frate mai mare (sau chiar pe părinte).
- Oferiţi o recompensă entuziastă dacă deschid puţin gura şi încurajaţi-i să o deschidă şi mai larg!

Caria dentară este cea mai frecventă problemă de sănătate la copii. Are prevalenţă mai mare la populaţia săracă şi poate crea complicaţii atât pe termen scurt, cât şi pe termen lung.[34] Caria dentară se tratează cu succes.

Inspectaţi cu atenţie dinţii arcadei superioare, aşa cum se observă în imagine. Aceştia reprezintă localizarea frecventă a *cariei de biberon*. Tehnica exemplificată în imagine, numită „ridică buza," facilitează vizualizarea cariei dentare. Vizualizaţi faţa internă a dinţilor superiori, cerând copilului să privească în tavan cu gura larg deschisă.



Caria dentară este produsă de acţiunea bacteriilor. Apare mai frecvent la copiii mici hrăniţi cu biberonul mult timp („caria de biberon"). Vezi caria în diferite stadii la Planşa 18-8, Aspecte patologice ale dinţilor, faringelui şi gâtului, pag. 863.

În tabelul de mai jos este expus modelul general al erupţiei dentare. De regulă, dinţii inferiori erup înaintea dinţilor superiori.

Tipul de dinţi şi vârsta la care erup[35]

Tipul de dinte	Vârsta aproximativă de erupţie	
	Dinţi temporari (luni)	Dinţi permanenţi (ani)
Incisivi centrali	5-8	6-8
Incisivi laterali	5-11	7-9
Canini	24-30	11-12
Premolari 1	_	10-12
Premolari 2	_	10-12
Molari 1	16-20	6-7
Molari 2	24-30	11-13
Molari 3	_	17-22

Pătarea dinţilor poate fi de cauză intrinsecă sau extrinsecă. Petele intrinseci pot fi cauzate de administrarea tetraciclinei înainte de vârsta de 8 ani (pete galbene, cenuşii sau maronii). Preparatele care conţin fier (pete negre) produc pete extrinseci. Petele extrinseci pot fi îndepărtate, dar cele intrinseci nu (vezi Planşa 18-8, Aspecte patologice ale dinţilor, faringelui şi gâtului, pag. 863).

Căutaţi existenţa unor anomalii de poziţie a dinţilor. Acestea includ malocluzia, protruzia maxilară (*supraocluzie verticală*) şi protruzia mandibulară (*ocluzie inversă*). Puteţi demonstra prezenţa ultimelor două anomalii solicitând copilului să muşte strâns în timp ce ţine buzele depărtate. Observaţi ocluzia reală. În mod normal, dinţii inferiori sunt incluşi în arcul format de dinţii superiori.

Malocluzia sau lipsa de aliniere a dinţilor se datorează obiceiului copilului de a-şi suge degetul mare şi poate fi reversibilă dacă acest obicei încetează până la vârsta de 6-7 ani. Malocluzia poate avea şi cauză ereditară sau apare prin pierderea precoce a dinţilor de lapte.

Inspectaţi cu atenţie *limba*, inclusiv faţa inferioară a acesteia. Majoritatea copiilor vor fi fericiţi să scoată limba la examinator, să o mişte dintr-o parte în alta şi să vă arate culoarea ei (coloraţia albastră a limbii din imaginea de mai jos se datorează bomboanelor!).

Aspectele anormale frecvente sunt *limba saburală* din infecţiile virale, *limba geografică congenitală* şi *limba zmeurie* întâlnită în scarlatină.

Unii copii mici au frenul lingual scurt. Copiii cu fren foarte scurt şi „limbă fixată" pot avea tulburări de vorbire. Pentru a diagnostica această afecţiune care se tratează uşor, puneţi copilul să atingă cu limba cerul gurii.



Observaţi dimensiunea, poziţia, simetria şi aspectul *amigdalelor palatine*. Perioada de dezvoltare maximă a ţesutului amigdalian este între 8 şi 16 ani (vezi imaginea de la pag. 863). Dimensiunea amigdalelor variază considerabil la copii şi este deseori caracterizată pe o scală de la 1+ la 4+, în care 1+ reprezintă vizibilitatea bună a spaţiului dintre cele două amigdale, iar 4+ amigdalele care se unesc pe linia mediană când gura este larg deschisă. Amigdalele copiilor par mult mai obstruante decât sunt în realitate.

Faringita streptococică se caracterizează prin limbă zmeurie, exsudat albicios sau gălbui pe amigdale sau peretele posterior al faringelui, congestie a uvulei şi peteşii palatine. Alături de toate aceste semne, informaţia cea mai preţioasă din anamneză este contactul cu o persoană bolnavă de faringită streptococică în ultimele 2 săptămâni.[36]

La copii suprafaţa amigdalelor prezintă de regulă cripte adânci, din care proemină concreţiuni albe sau particule alimentare. Acest aspect nu este patologic.

Abcesul periamigdalian este sugerat de tumefacţia asimetrică a amigdalelor şi deplasarea laterală a uvulei.

Căutaţi indicii care sugerează un eventual palatoschizis submucos, precum incizura marginii posterioare a palatului dur sau *uvula* bifidă. Deoarece mucoasa este integră, defectul subiacent poate rămâne nediagnosticat.

Epiglotita acută este rar întâlnită în prezent în Statele Unite datorită vaccinării împotriva *Haemophilus influenzae* tip B. În această boală este contraindicată examinarea faringelui deoarece poate declanşa reflexul de vărsătură şi obstrucţie laringiană.

Extrem de rar puteţi întâlni un copil care prezintă dureri faringiene şi dificultăţi de înghiţire a salivei, şi care stă aşezat rigid în poziţie de „tripod" din cauza obstrucţiei căilor aeriene. În acest caz nu încercaţi să deschideţi gura copilului, deoarece poate avea epiglotită acută.

Observaţi caracterul vocii copilului. Anumite afecţiuni pot modifica tonalitatea şi caracterul vocii.

Amigdalita poate fi produsă de bacterii, precum *Streptococul*, sau de virusuri. Se manifestă prin voce cu „prune în gură", hipertrofie amigdaliană şi exsudat.

Creşterea incidenţei obezităţii în populaţia pediatrică se asociază frecvent cu sforăit şi *apnee de somn*.

Modificarea vocii – corelaţia cu afecţiunea primară

Modificarea vocii	Afecţiune posibilă
Vorbire hipernazală	Palatoschizis submucos
Voce nazonată şi sforăit	Hipertrofie adenoidiană
Disfonie şi tuse	Infecţie virală (crup)
„Prune în gură"	Amigdalită

Puteţi identifica o halena specifică, ceea ce vă poate orienta către un anume diagnostic.

Halitoza la copii poate fi produsă de infecţii ale căilor respiratorii superioare, faringiene sau bucale; corpi străini intranazali; afecţiuni stomatologice; şi reflux gastroesofagian.

Regiunea cervicală

Cu excepţia perioadei de sugar, tehnica examinării regiunii cervicale este asemănătoare cu cea de la adult. Limfadenopatia este mai rar întâlnită la sugar, în schimb este frecventă la copiii mai mari. Sistemul limfatic al copiilor atinge nivelul maxim de dezvoltare la vârsta de 12 ani, iar limfoganglionii cervicali şi tonsilari ajung la dimensiunea lor maximă între 8 şi 16 ani.

Limfadenopatia este frecventă în infecţiile virale sau bacteriene (vezi Planşa 18-8, Aspecte patologice ale dinţilor, faringelui şi gâtului, pag. 863).

Majoritatea tumefacţiilor limfoganglionare la copii se datorează infecţiilor (de regulă virale, dar frecvent şi bacteriene) şi nu bolilor maligne, deşi acestea îi îngrijorează pe părinţi. Este important să distingeţi între ganglionii limfatici cu aspect normal şi cei cu aspect patologic sau chisturile cervicale congenitale.

Afectarea malignă se suspectează dacă limfoganglionul este mai mare de 2 cm, este dur sau fixat la tegument ori la ţesuturile subiacente (nu este mobilizabil), se asociază cu semne sistemice precum scăderea în greutate, iar în cazul limfoganglionilor cervicali radiografia toraco-pulmonară prezintă modificări.

Figura de la pag. 773 descrie localizarea anatomică tipică a ganglionilor limfatici cervicali şi a chisturilor congenitale.

Verificaţi *mobilitatea gâtului*. Este important să vă asiguraţi de caracterul suplu şi mobil al acestuia în toate direcţiile. Aspectul este în mod particular important

La copiii mici care au gâtul scurt, limfoganglionii cervicali postero-inferiori se diferenţiază greu de cei

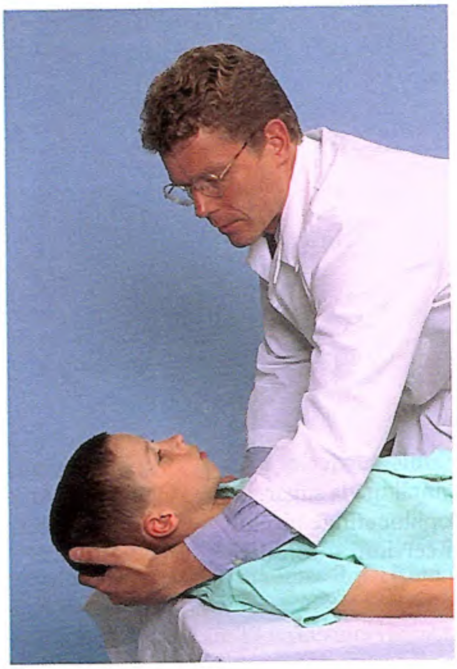
când pacientul își ține capul într-o poziție asimetrică sau când suspectați o afecțiune a sistemului nervos central, cum ar fi meningita.

supraclaviculari (care sunt întotdeauna patologici și ridică suspiciunea de boală malignă).

La copii, redoarea de ceafă este un indicator mult mai precis de iritație meningeală decât *semnul Brudzinski* sau *semnul Kernig*. Pentru a pune în evidență redoarea de ceafă la copiii mai mari, cereți acestora să stea în poziție șezândă cu membrele inferioare în extensie pe masa de examinare. În mod normal, copiii pot să stea în șezut și să-și atingă pieptul cu bărbia. Copiii mai mici pot fi convinși să flecteze gâtul dacă îi puneți să urmărească o mică jucărie sau un fascicul luminos. Puteți testa prezența redorii de ceafă și la copilul aflat în clinostatism pe masa de examinare, așa cum se observă mai jos. Aproape toți copiii cu redoare de ceafă vor prezenta stare generală alterată, iritabilitate și vor fi dificil de examinat. În țările dezvoltate, incidența meningitei bacteriene a scăzut datorită vaccinării.

Redoarea de ceafă reprezintă rezistența marcată întâmpinată la mobilizarea capului în orice direcție. Sugerează iritație meningeală produsă de *meningită, hemoragii, tumori* sau *alte cauze*. Acești copii prezintă iritabilitate extremă și sunt dificil de consolat, iar uneori pot avea „iritabilitate paradoxală" – sunt mai agitați când sunt luați în brațe.

Când este prezentă iritația meningeală, copilul adoptă *poziția de tripod* și este incapabil să stea în șezut complet ridicat pentru a efectua manevra „bărbia la piept".





Toracele și plămânii

Pe măsură ce copilul crește, examinarea plămânilor devine similară cu cea de la adult. Cooperarea este crucială. De obicei, auscultația este ușor de efectuat când copilul abia dacă observă (de pildă când se află în brațele părintelui). Înainte de a-i atinge toracele, lăsați copilul mic ce pare că nu se teme de stetoscop să se joace cu acesta.

Evaluați proporția relativă dintre durata inspirului și cea a expirului. Raportul normal este de 1:1. Prelungirea inspirului sau expirului poate sugera localizarea afecțiunii. Gradul de prelungire al timpilor respiratori și „efortul respirator" se corelează cu severitatea bolii.

În obstrucția de căi aeriene superioare (e.g. în crup), inspirul este prelungit și se asociază cu alte semne precum stridor, tuse sau ronhusuri. În obstrucția de căi aeriene inferioare (e.g. în astmul bronșic), expirul este prelungit și se însoțește frecvent de wheezing.

Copiii mici cărora li se cere să „respire adânc" de cele mai multe ori își țin respirația, complicând auscultația. Este mai ușor dacă lăsați preșcolarii să respire normal. Demonstrați copiilor mai mari cum să respire calm și profund. Transformați totul într-un joc. Pentru a obține manevra de expir forțat, cereți copilului să sufle în lumânările de pe un tort imaginar.

Pneumonia se manifestă la copiii mici prin febră, tahipnee, dispnee și creșterea efortului respirator.



Deși *infecțiile respiratorii de căi superioare* de etiologie virală pot afecta sever starea generală a copiilor mici, la copiii mai mari acestea produc aceleași semne ca și la adult, iar copiii au stare generală bună, fără semne de afectare respiratorie inferioară.

Astmul bronșic al copilăriei este o afecțiune extrem de frecventă în lumea întreagă. La copii astmul bronșic acut are grade variabile de severitate și deseori se manifestă prin efort respirator crescut. Wheezing-ul expirator și prelungirea fazei expiratorii, determinate de bronhospasmul reversibil, pot fi percepute fără stetoscop și sunt evidente la auscultație. Ralurile sibilante se însoțesc adesea de raluri ronflante inspiratorii produse de infecțiile virale care au declanșat astmul bronșic.[37]

Copiii mai mari vor coopera la examenul respirator și chiar vor parcurge manevrele de evaluare a vibrațiilor vocale sau de ascultare a transformării „ii" în „ei" (vezi pag. 304-305). Pe măsură ce copiii cresc, evaluarea prin observație (discutată în paginile precedente) care determină efortul respirator, bătăile aripioarelor nazale și geamătul, devine mai puțin utilă în identificarea unei patologii respiratorii. Palparea, percuția și auscultația dobândesc o importanță mai mare în examinarea toraco-pulmonară.

Inima

Examinarea aparatului cardiovascular la sugari și copii este similară cu cea de la adult, dar înțelegerea temerilor, a lipsei capacității de cooperare și de multe ori a dorinței lor de a se juca vor face examinarea mai ușoară și mai productivă. Folosiți cunoștințele despre stadiile de dezvoltare ale fiecărui copil. Un copil în vârstă de 2 ani poate fi mai ușor de examinat în picioare sau în brațele mamei cu fața spre aceasta, în poziția exemplificată în imagine.



Aspectele patologice generale pot sugera probabilitatea crescută a unei boli cardiace congenitale, cum ar fi sindromul Down sau sindromul Turner.

Oferiți copiilor mici obiecte pentru a le ține în ambele mâini. Nu vor ști cum să scape de ele și astfel nu vor avea nici o mână liberă să vă îndepărteze. Vorbind încontinuu copiilor mici, le veți capta atenția și nu vor observa că îi examinați. Lăsați copiii să deplaseze singuri stetoscopul și apoi reveniți pentru a ausculta zona respectivă. Folosiți-vă imaginația pentru a reuși să efectuați examinarea.

Tensiunea arterială. Măsurați tensiunea arterială la ambele brațe și la un membru inferior în jurul vârstei de 3-4 ani pentru a verifica existența unei eventuale *coarctații de aortă*. După aceea, se va măsura tensiunea arterială numai la nivelul brațului drept.

În *coarctația de aortă*, tensiunea arterială este mai scăzută la nivelul membrelor inferioare decât al celor superioare.

Sufluri le benigne. Copiii preșcolari și școlari prezintă frecvent sufluri benigne (vezi caseta de la pagina următoare). Cel mai frecvent (*suflul Still*) este un suflu de gradul I-II/VI, muzical, vibrant, proto- și mezosistolic, cu multiple nuanțe, localizat parasternal stâng în regiunea mijlocie sau inferioară, dar care poate fi auzit și la nivelul arterelor carotide. De regulă, compresia arterei carotide va duce la dispariția suflului sistolic precordial. Acest suflu este extrem de variabil și se poate accentua când debitul cardiac este crescut, așa cum se întâmplă în episoadele febrile sau în timpul efortului fizic.

La copiii preșcolari și școlari puteți identifica de asemenea un *suflu venos*. Acesta este un zgomot slab, continuu, surd, mai puternic în diastolă, care se aude imediat inferior de clavicula dreaptă. Dispare complet prin manevre care afectează întoarcerea venoasă, cum ar fi decubitul dorsal, schimbarea poziției capului, sau compresia venei jugulare. Are același caracter ca și zgomotele respiratorii și de aceea este frecvent trecut cu vederea.

Descoperirea la copiii mici a unor sufluri care nu întrunesc trăsăturile celor trei sufluri benigne descrise în pagina următoare, poate sugera o boală cardiacă subiacentă și impune evaluarea de către un cardiolog pediatru.



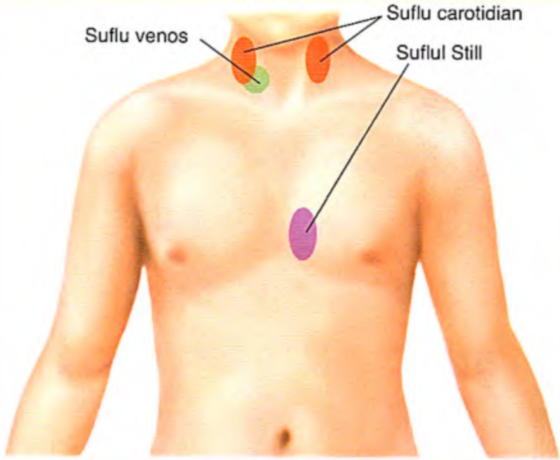


Suflurile patologice care semnifică boală cardiacă pot apărea prima dată după perioada de sugar și în timpul copilăriei. Exemplele includ stenoza aortică și boala valvulară mitrală.

În zona carotidiană sau imediat deasupra claviculelor se aude *suflul carotidian*. Este proto și mezosistolic, cu un caracter ușor aspru. De regulă este mai puternic pe partea stângă și se poate auzi izolat sau în asociație cu suflul Still, după cum am precizat mai sus. Dispare complet prin compresia arterei carotide.

• Localizarea şi caracteristicile suflurilor cardiace benigne la copil

Localizare



Vârsta de elecţie	Denumire	Caracteristici	Descriere şi localizare
Preşcolar sau şcolar în primii ani	*Suflul Still*		Gradul I-II/VI, muzical, vibrant Multiple nuanţe Proto- şi mezosistolic Parasternal stâng, treimea mijlocie/ inferioară Frecvent asociat cu suflu carotidian
Preşcolar sau şcolar în primii ani	*Suflu venos*		Slab, continuu, surd Mai intens în diastolă Inferior de claviculă Dispare prin manevre
Preşcolar şi mai târziu	*Suflu carotidian*	 Z_1 Z_2 Z_1	Proto- şi mezosistolic De regulă mai intens pe partea stângă Dispare prin compresie carotidiană

Abdomenul

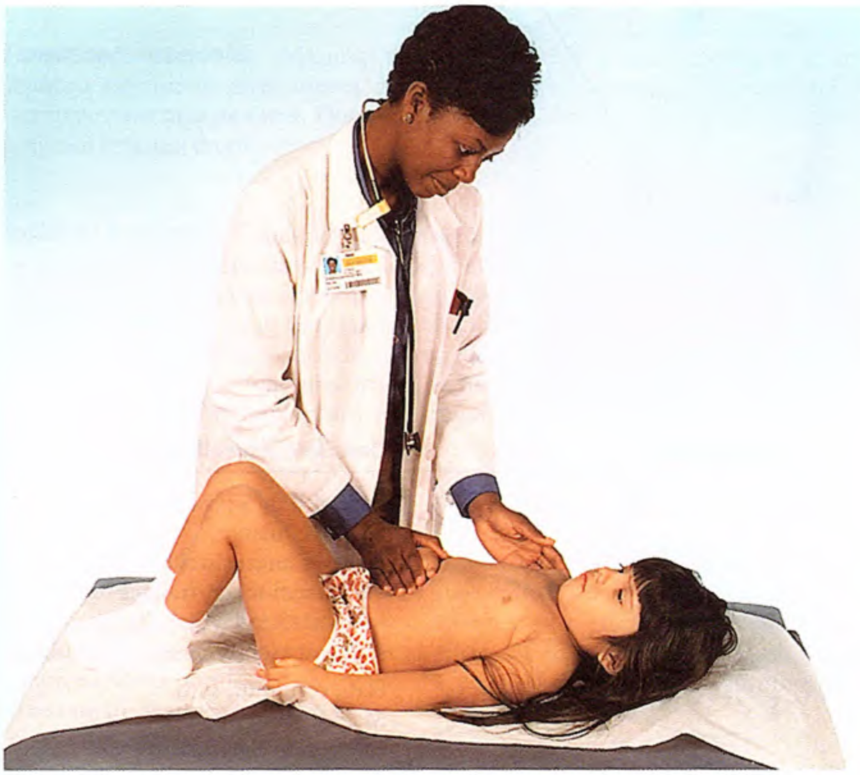
Copiii mici au în general abdomenul proeminent, vizibil mai ales în ortostatism. Examinarea va urma aceleaşi etape ca la adult, cu excepţia faptului că va trebui să vă folosiţi de toate metodele cunoscute pentru a distrage atenţia copilului în timpul consultului.

Aspectul exagerat de „abdomen de batracian" indică prezenţa malabsorbţiei din *boala celiacă* şi *fibroza chistică,* sau *constipaţie,* sau *aerofagie.*

Majoritatea copiilor se gâdilă când le atingeţi prima oară abdomenul pentru *palpare.* Dacă distrageţi atenţia copilului prin conversaţie şi plasaţi palma întinsă pe suprafaţa abdomenului câteva momente fără să examinaţi, această reacţie tinde să dispară. La copiii cu sensibilitate crescută, care contractă musculatura abdominală, puteţi începe prin plasarea mâinii copilului sub mâna voastră. Ulterior, veţi îndepărta mâna copilului şi veţi putea palpa liber abdomenul.

O afecţiune frecventă a copilăriei ce poate produce ocazional abdomen destins de volum este constipaţia. Abdomenul prezintă timpanism la percuţie, şi deseori materiile fecale se simt la palpare.

Puteţi încerca poziţia cu genunchii flectaţi pentru a relaxa peretele abdominal al copilului, aşa cum se observă mai jos. Iniţial palpaţi superficial toate cadranele, apoi treceţi la palpare profundă, lăsând la urmă zona posibil afectată.



Mulţi copii prezintă dureri abdominale în *gastroenterita acută*. În ciuda durerii, examenul fizic este relativ normal cu excepţia intensificării zgomotelor intestinale la auscultaţie şi uşoară sensibilitate la palpare.

• Aria matităţii hepatice estimată prin percuţie la copil

Vârsta în ani	Dimensiunea hepatică medie estimată (cm)	
	Băieţi	Fete
2	3,5	3,6
3	4,0	4,0
4	4,4	4,3
5	4,8	4,5
6	5,1	4,8
8	5,6	5,1
10	6,1	5,4

Incidenţa mare a obezităţii la copii a condus la apariţia *obezităţii abdominale* masive. Deşi examinarea corespunzătoare a acestor copii este dificilă, se desfăşoară după aceleaşi criterii ca şi la copiii normoponderali.

Una din metodele de determinare a limitei inferioare a ficatului este reprezentată de *testul gratajului cutanat*, exemplificat mai jos. Plasaţi membrana stetoscopului imediat deasupra rebordului costal drept, pe linia medioclaviculară. Zgâriaţi uşor cu unghia tegumentul abdominal de-a lungul liniei medioclaviculare, în sens ascendent

La copiii mici hepatomegalia este rară. Poate fi determinată de fibroza chistică, malabsorbţia proteică, parazitoze şi tumori.

de la un nivel inferior ombilicului până la rebordul costal. Când degetul cu care efectuaţi manevra ajunge la marginea ficatului, veţi auzi o modificare a sunetului produs, care trebuie să traverseze ficatul pentru a ajunge la membrana stetoscopului.[38]





Când hepatomegalia este însoţită de splenomegalie, se suspectează *hipertensiune portală, boli de tezaurizare, infecţii cronice* şi *procese maligne.*

Splenomegalia poate fi produsă de diverse boli, care includ *infecţii, afecţiuni hematologice* ca *anemia hemolitică, boli infiltrative, boli inflamatorii sau autoimune,* dar şi congestia din *hipertensiunea portală.*

La fel ca ficatul, ***splina*** se palpează cu uşurinţă la majoritatea copiilor. Este un organ moale, cu o margine mai ascuţită, şi se proiectează descendent ca o lingură sub marginea rebordului costal stâng. Splina este mobilizabilă şi rareori se extinde mai mult de 1-2 cm sub rebordul costal.

Palpaţi şi ***celelalte structuri abdominale.*** Veţi observa frecvent pulsaţiile aortei la nivelul epigastrului. Acestea se percep mai bine prin palpare profundă la stânga liniei mediane.

Palparea zonelor abdominale sensibile la copilul mai mare este asemănătoare cu cea de la adult; totuşi, etiologia durerii abdominale este de multe ori diferită, cuprinzând un spectru larg de afecţiuni acute şi cronice. Localizarea zonei sensibile vă va ajuta să identificaţi structura abdominală care probabil determină durerea.

La copilul cu abdomen acut, ca în *apendicita acută,* sunt utile tehnicile speciale care depistează rigiditatea involuntară, sensibilitatea de rebound, semnul Rovsing, sau semnul pozitiv al psoasului sau al obturatorului (vezi pag. 450).[39] Alte cauze pot fi *gastroenterita, constipaţia* şi *obstrucţia gastrointestinală.*

Organele genitale masculine

Inspectaţi penisul. Dimensiunea acestuia la copilul prepuber are importanţă minoră, cu excepţia unei dimensiuni anormal de mari. La băieţii obezi, paniculul adipos de la nivelul simfizei pubiene poate masca penisul.

Palparea scrotului şi testiculelor la băieţii mici necesită o adevărată artă, deoarece la mulţi dintre ei reflexul cremasterian este deosebit de activ şi determină retracţia ascendentă a testiculelor spre canalul inghinal, ceea ce poate da impresia falsă de testicule necoborâte în scrot. Examinaţi copilul când acesta este relaxat, deoarece anxietatea stimulează reflexul cremasterian. Cu mâinile încălzite palpaţi abdomenul inferior, înaintând descendent spre scrot de-a lungul canalului inghinal. Această manevră va diminua retracţia testiculelor în canal.

În *pubertatea precoce,* penisul şi testiculele sunt mărite, cu semne de transformări pubertare. Tulburarea este determinată de diverse afecţiuni asociate cu exces de androgeni, inclusiv *tumori adrenale şi pituitare.* Pot exista şi alte modificări pubertare.

O tehnică utilă este așezarea copilului în poziție șezândă cu picioarele încrucișate pe masa de examinare (vezi imaginea). Pentru a crește presiunea abdominală, îi puteți oferi un balon pe care să-l umfle sau un obiect pe care să-l ridice. Dacă puteți identifica testiculul în scrot, atunci acesta se consideră coborât, chiar dacă rămâne mai mult timp în canalul inghinal.



Criptorhidismul poate fi observat la această vârstă. Necesită corecție chirurgicală. Trebuie diferențiat de testiculul flotant (retractabil).

Reflexul cremasterian poate fi testat prin stimularea feței interne a coapsei (prin grataj). Testiculul de partea stimulată va ascensiona.

Testiculul dureros necesită tratament de urgență; cauzele frecvente sunt infecția, precum *epididimita* sau *orhita, torsiunea testiculară* sau *torsiunea de apendice testicular.*

Examinați canalul inghinal ca și la adult, observând orice tumefacție care poate reprezenta o *hernie inghinală*. Efectuați manevrele de creștere a presiunii abdominale descrise mai sus și observați dacă tumefacția prezentă la nivelul canalului inghinal se mărește.

Hernia inghinală la băieții mai mari se prezintă la fel ca la adulți, cu tumefacție în canalul inghinal, mai ales după efectuarea manevrei Valsalva.

Organele genitale feminine

Examinarea organelor genitale poate produce anxietate atât copiilor mai mari sau adolescenților (mai ales dacă examinatorul este de sex opus), cât și părinților sau chiar celui care efectuează consultul; dar această examinare este importantă deoarece poate identifica modificări semnificative. În funcție de stadiul de dezvoltare a copilului, explicați ce parte a corpului urmează să examinați și faptul că aceasta face parte din consultul de rutină.

Apariția părului pubian înainte de vârsta de 7 ani este considerată semn de *pubertate precoce* și necesită evaluare pentru determinarea etiologiei.

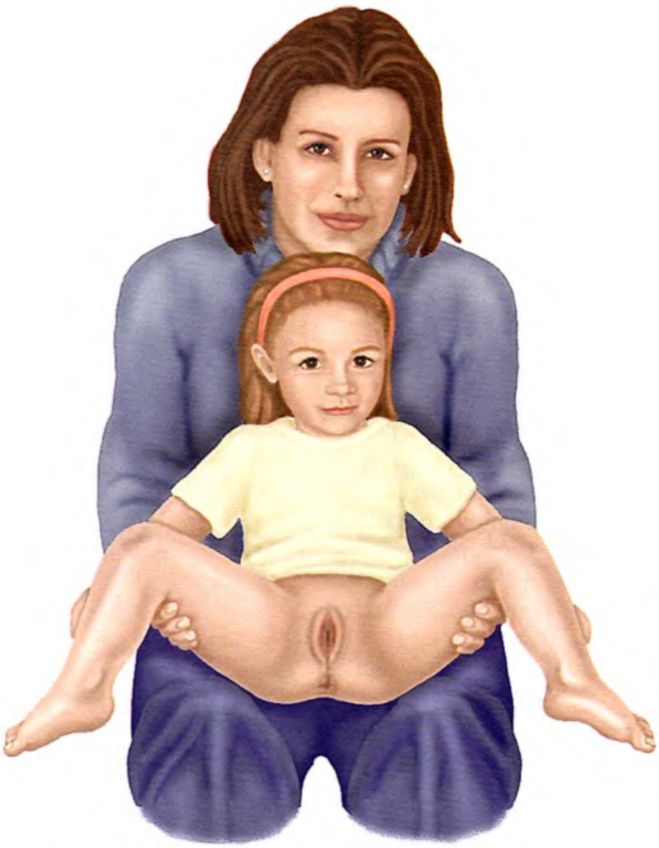
După perioada de sugar, labiile mari și cele mici se aplatizează, iar membrana himenului devine subțire, translucidă și vascularizată, cu marginile bine evidențiate.

Exantemul de la nivelul organelor genitale externe poate avea diverse cauze: iritația fizică, transpirația și infecțiile candidozice sau bacteriene.

Examinarea genitală este aceeași pentru toate grupele de vârstă, începând cu sfârșitul perioadei de sugar și până la adolescență. În timpul examinării abordați copilul cu calm și blândețe, și folosiți explicații adecvate stadiului de dezvoltare. O sursă luminoasă corespunzătoare este esențială. Majoritatea copiilor pot fi examinați în decubit dorsal, în poziție de batracian.

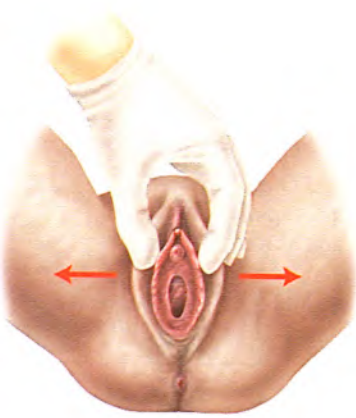
Când copilul pare reticent, cereți părintelui să se așeze alături de copil pe masa de examinare; ca alternativă, acesta poate fi examinat în timp ce stă așezat în brațele părintelui. Nu folosiți suporții de sprijin al picioarelor, întrucât pot speria copilul. Diagrama următoare ilustrează un copil în vârstă de 5 ani așezat în brațele părintelui care îi menține genunchii depărtați.

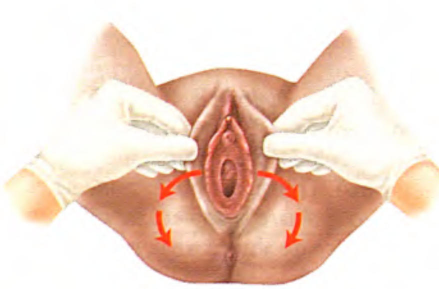
Examinați organele genitale în mod eficient și sistematic. Inspectați aspectul extern, observând prezența foliculilor piloși pubieni, dimensiunea clitorisului, culoarea și mărimea labiilor mari și prezența iritațiilor, echimozelor sau altor leziuni.



În continuare separați labiile cu degetele ca în imaginea din stânga-jos și vizualizați structurile. Puteți să trageți ușor, prinzând cu ambele mâini fiecare labie mare între police și index, depărtându-le lateral și posterior pentru a vizualiza structurile din interior, așa cum este ilustrat mai jos în dreapta. *Coalescența (fuziunea)* sau *aderența labiilor* mici poate fi observată la fetițele prepubere și poate ascunde orificiul vaginal și pe cel uretral. Aceasta poate fi considerată o variantă normală.

Secreția vaginală prezentă în prima copilărie poate fi cauzată de *iritația perineală* (e.g. de la spuma de baie sau săpunuri), *corpi străini, vaginită* sau *boli cu transmitere sexuală* determinate de abuzul sexual.





Sângerarea vaginală ridică întotdeauna probleme. Etiologia poate include *iritație vaginală, traumatism accidental, abuz sexual, corpi străini* și *tumori. Pubertatea precoce* indiferent de cauză poate induce apariția menstruației la fetițe.

Secreția purulentă, fetidă și sangvinolentă trebuie evaluată pentru a depista eventuale *procese infiltrative, corpi străini* sau *traumatisme.*

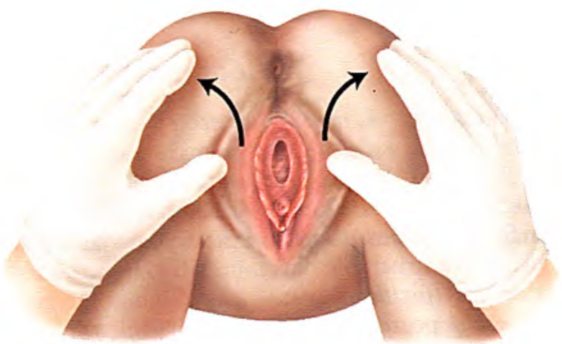
Observaţi aspectul labiilor mici, orificiului uretral, himenului şi vaginului proximal. Dacă nu puteţi vizualiza marginile himenului, cereţi copilului să respire profund pentru a relaxa musculatura abdominală. O altă tehnică utilă este să aşezaţi fetiţa în poziţia genu-pectorală, ca în imaginea din dreapta şi de mai jos. Aceste manevre vor deschide himenul. De asemenea, puteţi folosi câteva picături cu ser fiziologic pentru a face marginile himenului mai puţin aderente.



Abuzul sexual este din păcate des întâlnit în întreaga lume. Până la 25% din femei raportează un anume istoric de abuz sexual; deşi de multe ori nu implică şi o traumă fizică severă, alteori însă aceasta se produce.

Evitaţi să atingeţi marginile himenului, deoarece acesta este extrem de sensibil, fiind lipsit de efectul protector al hormonilor. Examinaţi prezenţa secreţiei vaginale, aderenţa labială, eventuale leziuni, impregnarea estrogenică (indică instalarea pubertăţii), configuraţiile diferite ale himenului (himenul imperforat sau septat este de regulă rar) şi gradul de igienă. Deseori este prezentă o secreţie filantă, albă (leucoree). Examinarea vaginului şi colului uterin cu ajutorul speculului nu este necesară la fetiţele prepubere, cu excepţia situaţiei în care se suspicionează un traumatism sever sau un corp străin.

Excoriaţiile sau semnele de traumatism ale organelor genitale externe pot avea şi cauze benigne precum masturbarea, agenţi iritanţi sau traumatism accidental, dar trebuie să ridice şi suspiciunea de *abuz sexual*. Vezi Planşa 18-11, Semne fizice de abuz sexual, pag. 867.



În mod normal, la sugari şi fetiţe himenul poate avea diverse configuraţii, după cum este ilustrat în pagina următoare.

Examenul fizic poate identifica semne revelatoare de *abuz sexual*, motiv pentru care examinarea este cu atât mai importantă cu cât există suspiciuni din anamneză. Reţineţi că şi în cazul unui abuz confirmat, majoritatea constatărilor efectuate în timpul examinării sunt nesemnificative; de aceea, un examen genital normal nu exclude abuzul sexual. Excrescenţele, incizurile sau apendicii himenali sunt considerate variante ale normalului. Dimensiunea orificiului poate varia cu vârsta şi metoda de examinare. Dacă himenul are margini netede şi nu prezintă întreruperi în jumătatea inferioară, atunci este considerat normal. Totuşi, anumite semne fizice sugerează posibilitatea de abuz sexual şi necesită o evaluare completă de către un specialist în domeniu. Vezi Planşa 18-11, Semne fizice de abuz sexual, pag. 867.

CONFIGURAŢII NORMALE ALE HIMENULUI LA FETE PREBUBERE ŞI ADOLESCENTE



Fetiţă în vârstă de 7 ani cu orificiu himenal semilunar.



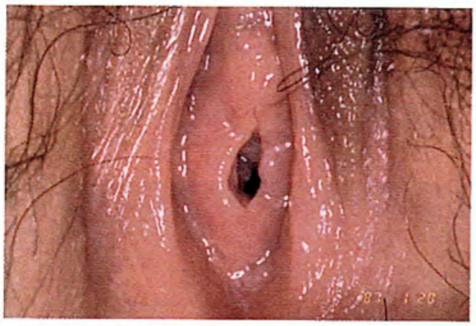
Fetiţă în vârstă de 2 ani cu orificiu inelar, localizat periferic, vizibil prin tracţiune labială.



Fetiţă în vârstă de 6 ani cu himen septat ce formează două orificii. Este necesară tracţiunea pentru vizualizarea celor două deschideri.



Fetiţă în vârstă de 9 ani cu ţesut labial hipertrofiat. O tracţiune mai mare sau poziţia genu-pectorală vor descoperi un orificiu normal.



Fetiţă în vârstă de 12 ani cu orificiu himenal inelar şi impregnare hormonală pubertară ce determină coloraţie roz şi hipertrofia ţesuturilor.

(Sursa fotografiilor: Reece R, Ludwig S (eds). Child Abuse: Medical Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.)

Examinarea rectală

Examinarea rectală nu se efectuează de rutină, ci doar în situaţiile în care se suspectează afecţiuni intraabdominale, pelvine sau perirectale.

Examinarea rectală la copilul mic poate fi efectuată fie în decubit lateral, fie în poziţie ginecologică. Pentru majoritatea copiilor mici poziţia ginecologică este mai puţin agresivă şi mai uşor de executat. Aşezaţi copilul în decubit dorsal, cu genunchii şi coapsele în flexie şi picioarele în abducţie. Acoperiţi copilul de la talie în jos. Asiguraţi permanent liniştirea copilului în timpul examinării şi cereţi acestuia să inspire şi să expire pe gură pentru a se relaxa. Depărtaţi fesele şi examinaţi anusul. Chiar şi la copiii mici examinarea se efectuează cu ajutorul indexului aflat în mănuşă şi lubrifiat. Palpaţi abdomenul cu cealaltă mână, atât pentru a distrage atenţia copilului, cât şi pentru a simţi structurile abdominale între cele două mâini. Glanda prostată nu se palpează la băieţii de vârstă mică.

Polipii anali sunt prezenţi în *boala inflamatorie intestinală*, dar de multe ori sunt descoperiţi întâmplător.

Sensibilitate la tuşeul rectal al copilului indică infecţie sau inflamaţie, e.g. *abces* sau *apendicită*.

Sistemul osteomuscular

La copiii mai mari, aspectele patologice ale extremităţilor superioare sunt rare în lipsa unor traumatisme.

În mod normal, copilul mic are lordoza lombară accentuată şi cifoza toracică diminuată comparativ cu adultul, iar abdomenul este de cele mai multe ori proeminent.

Observaţi poziţia ortostatică şi mersul în picioarele goale. De asemenea, puteţi cere copilului să-şi atingă degetele de la picioare, să se ridice din poziţia şezândă, să alerge pe distanţă mică şi să ridice obiecte. Puteţi identifica majoritatea aspectelor patologice privind cu atenţie copilul atât din faţă, cât şi din spate. Pentru evaluarea indirectă a mersului, inspectaţi tălpile pantofilor pentru a vedea care parte este uzată.

În primele luni de viaţă picioarele sugarului se dezvoltă frecvent în formă de paranteză, arcuite (vezi stânga jos), aspect care este fiziologic, dar care începe să dispară spre vârsta de 18 luni, fiind deseori urmat de tranziţia spre picioare în X. Modelul de *picioare în X*, sau *genu valgum*, (vezi dreapta jos) este maxim la vârsta de 3-4 ani şi se corectează progresiv spre vârsta de 9-10 ani.

Antepreşcolarii pot prezenta *luxaţia Malgaigne (pronaţie dureroasă)*: luxaţia radiusului în articulaţia cotului prin lezarea ligamentului inelar al radiusului în cadrul unui traumatism prin tracţiune.

Chiar şi forma severă de picioare "în paranteză" (genu varum) poate fi fiziologică şi se poate remite spontan. Formele extreme sau unilaterale pot avea cauze patologice, precum *rahitismul* sau *tibia vara (boala Blount)*.





Prezenţa torsiunii de tibie poate fi evaluată în mai multe moduri[41]; unul din ele este exemplificat în imagine. Aşezaţi copilul în decubit ventral pe masa de examinare, cu genunchii flectaţi la 90°. Observaţi axa coapsă - faţă plantară. De regulă, există un unghi de rotaţie internă sau externă de ±10°, determinat de orientarea piciorului într-o direcţie.



Copiii pot merge la început *cu vârfurile picioarelor orientate spre interior*. Acest aspect se poate accentua până la vârsta de 4 ani, apoi dispare progresiv până la 10 ani.

Inspectaţi toţi copiii care pot sta în picioare pentru *scolioză*, utilizând tehnica descrisă la „Adolescenţi".

Determinaţi prezenţa unui *picior mai scurt* care poate însoţi boala de şold, comparând distanţa de la spina iliacă antero-superioară până la maleola medială de fiecare parte. Mai întâi îndreptaţi copilul trăgând uşor membrele inferioare şi comparaţi nivelul reperelor mediale la fiecare picior. Trasaţi cu cerneală un punct la nivelul maleolelor proeminente şi apoi atingeţi-le între ele pentru o măsurătoare directă.

Apoi cereţi copilului să stea drept şi plasaţi-vă mâinile orizontal deasupra crestelor iliace, dinspre posterior. Pot fi apreciate astfel mici discrepanţe. Dacă observaţi aceste discrepanţe şi suspicionaţi o diferenţă de lungime între membrele inferioare, cu una din crestele iliace mai înaltă decât cealaltă, plasaţi o carte sub piciorul mai scurt; acest lucru elimină diferenţa.

Testaţi prezenţa bolii severe de şold, care se asociază cu hipotonia muşchiului fesier mijlociu. În timp ce staţi în spatele copilului, observaţi modul în care acesta transferă greutatea de pe un picior pe altul. Pelvisul care rămâne la acelaşi nivel când greutatea este susţinută pe partea neafectată reprezintă *semnul Trendelenburg negativ*.[42] În *boala severă de şold* semnul este pozitiv, iar pelvisul se înclină spre şoldul sănătos când greutatea este susţinută pe partea afectată (*semnul Trendelenburg pozitiv*).



SEMNUL TRENDELENBURG NEGATIV



SEMNUL TRENDELENBURG POZITIV

EXEMPLE DE ANOMALII

Cea mai frecventă afecţiune a membrelor inferioare la copii este traumatismul prin accident. Leziunile articulare, fracturile, entorsele, luxaţiile şi leziunile ligamentare severe precum ruptura de ligament încrucişat anterior al genunchiului sunt frecvente la copii.

Sistemul nervos

După perioada de sugar, examenul neurologic include și componentele evaluării la adult. Încă o dată va trebui să combinați examenul neurologic și evaluarea dezvoltării, transformând totul într-un joc pentru a determina stadiul de dezvoltare și performanțele neurologice.

Efectuați testul DDST conform celor prezentate la pag. 753-754. De regulă, copiilor le place această etapă. Rețineți că DDST identifică predominant întârzierile în achizițiile motorii, față de cele de limbaj sau cognitive. Mulți medici folosesc în prezent alte instrumente standardizate pentru evaluarea dezvoltării.

Copiii cu *diplegie spastică* manifestă de regulă hipotonie în perioada de sugar, iar apoi, în perioada de antepreșcolar și preșcolar prezintă hipertonie și spasticitate, mers cu picioarele încrucișate și uneori țin pumnul încleștat.

Sensibilitatea. Examinarea sensibilității poate fi efectuată folosind un tampon de vată sau gâdilând copilul. Pentru mai multă precizie se efectuează cu copilul ținând ochii închiși. Nu folosiți vârful unui ac dacă nu doriți să aveți un pacient extrem de necooperant.

Mersul, forța musculară și coordonarea. Observați copilul în timpul mersului și în mod optim, în timpul alergării. Notați orice asimetrie, slăbiciune, împiedicare sau stângăcie. Realizați examinarea DDST pentru testarea reperelor de dezvoltare, cum ar fi mersul călcâi-haluce (prin plasarea unui picior în fața celuilalt) (imaginea de jos), săritura într-un picior sau săritura de pe loc. Folosiți o jucărie pentru testarea coordonării și forței musculare a membrelor superioare.

La copiii cu mers necoordonat, trebuie să deosebiți *cauzele ortopedice*, precum deformarea de poziție a șoldului, genunchilor sau piciorului, de *afecțiunile neurologice* precum *paralizia cerebrală, ataxia* sau *bolile neuromusculare*.

Dacă aveți dubii în privința forței musculare a copilului, cereți-i să se întindă pe podea și apoi să se ridice în picioare, observând cu atenție etapele. În mod normal, majoritatea copiilor se ridică inițial în poziție șezândă, apoi flectează genunchii și extind brațele lateral de fiecare parte a corpului, se împing în podea și se ridică în picioare.



Preferința pentru utilizarea unei mâini este vizibilă la majoritatea copiilor la vârsta de 2 ani. Dacă un copil mai mic are o preferință evidentă, testați existența slăbiciunii musculare la nivelul membrului superior nedominant.

În anumite forme de *distrofie musculară* cu hipotonie a musculaturii centurii pelvine, copiii se ridică prin întoarcere cu fața în jos, sprijinindu-se cu brațele în podea, în timp ce membrele inferioare rămân în extensie (*semnul Gower*).

Reflexele osteotendinoase. Reflexele osteotendinoase se testează la fel ca la adult. Mai întâi, demonstrați modalitatea de folosire a ciocănelului de reflexe pe mâna copilului, asigurându-l că nu va fi dureros. Copiii adoră să-și balanseze picioarele când testați reflexul rotulian. Copilul trebuie să coopereze și să țină ochii închiși pe parcursul acestei examinări, deoarece încordarea va altera rezultatul. O stratagemă ar fi să cereți copilului să-și imagineze că are mâinile și picioarele „lipsite de viață".

Copiii cu forme ușoare de paralizie cerebrală vor prezenta atât hipertonie, cât și reflexe exagerate.

Cereți copiilor mai mari de 3 ani să deseneze o imagine, să copieze obiecte (ca și la testul DDST) și apoi discutați despre desenele lor, testând astfel simultan coordonarea motricității fine, funcția cognitivă și limbajul.

Examinarea funcției cerebeloase se face prin testul index-nas (de atingere a nasului cu degetul) și prin mișcările alternative rapide ale mâinilor sau degetelor. Copiii se bucură de acest joc. Copiii mai mari de 5 ani reușesc să distingă între dreapta și stânga, astfel încât le puteți testa capacitatea de diferențiere dreapta-stânga, așa cum se procedează la adult.

Faceți diferența între întârzierile izolate la nivelul unui singur reper al dezvoltării (e.g. coordonare sau limbaj) și cele generalizate care implică mai multe componente. Acestea din urmă reflectă mai probabil afecțiuni neurologice globale, precum *retardul mintal*, care poate fi determinat de multe cauze.





Unii copii cu tulburare *hiperchinetică cu deficit de atenție (THDA)* vor coopera greu la testarea neurologică și a gradului de dezvoltare, din cauza problemelor de concentrare. Acești copii sunt de regulă hiperdinamici, nu pot sta liniștiți perioade mai lungi de timp și se confruntă cu dificultăți la școală sau în societate.

Nervii cranieni. Examinarea nervilor cranieni este relativ ușoară, pe baza metodelor corespunzătoare nivelului de dezvoltare, după cum se exemplifică în tabelul următor:

Metode de evaluare a nervilor cranieni la copiii mici

Nerv cranian		Metodă
I	Olfactiv	Se testează la copiii mai mari.
II	Optic	Utilizați planșa Snellen după vârsta de 3 ani. Testați câmpul vizual ca la adult. Părintele ajută uneori la fixarea capului copilului.
III, IV, VI	Oculomotor	Cereți copilului să urmărească un spot luminos sau un obiect (de preferat o jucărie). Părintele ajută uneori la fixarea capului copilului.
V	Trigemen	Jucați un joc cu un tampon de vată pentru testarea sensibilității. Cereți copilului să încleșteze dinții, să mestece sau să înghită diverse alimente.

(se continuă)

Semnele neurologice de focar sunt rare la copil, dar pot fi produse de traumatisme, tumori cerebrale, hemoragii intracraniene sau infecții.

Metode de evaluare a nervilor cranieni la copiii mici (continuare)

Nerv cranian		Metodă
VII	Facial	Cereţi copilului să „facă feţe" sau să vă imite mimica (inclusiv mişcarea sprâncenelor) şi observaţi simetria dinamicii faciale.
VIII	Acustico-vestibular	Efectuaţi testarea auditivă după vârsta de 4 ani. Ȋn timp ce vă aflaţi în spatele copilului, şoptiţi un cuvânt sau o cerinţă şi cereţi acestuia să repete.
IX, X	Glosofaringian şi vag	Puneţi copilul să „scoată limba" sau să spună „aa". Observaţi mişcarea luetei şi a palatului moale. Testaţi reflexul de vărsătură.
XI	Accesor spinal	Cereţi copilului să vă împingă mâinile cu capul. Cereţi copilului să ridice umerii în timp ce opuneţi contra-rezistenţă cu mâinile, pentru a vedea „cât sunt de puternici".
XII	Hipoglos	Cereţi copilului să „scoată limba mult afară".

EVALUAREA ADOLESCENTULUI



DEZVOLTAREA: DE LA 11 LA 20 DE ANI

Perioada de adolescenţă poate fi împărţită în trei etape: timpurie, medie şi târzie, conform tabelului de la pagina următoare. Anamneza şi tehnicile de examinare variază larg în funcţie de etapa de dezvoltare fizică, cognitivă şi socio-emoţională a adolescentului.

Dezvoltarea fizică. Adolescenţa este o perioadă de tranziţie între copilărie şi perioada de adult. Transformările fizice se produc în general în decurs de mai mulţi ani, începând cu vârsta de 10 ani la fete şi 11 ani la băieţi. Ȋn medie, dezvoltarea pubertară se termină la fete cu un vârf de creştere în jurul vârstei de 14 ani, iar la băieţi la vârsta de 16 ani. Vârsta de instalare a pubertăţii şi durata acesteia prezintă variaţii largi, deşi etapele urmează aceeaşi secvenţă la toţi

adolescenţii. Cei cu adolescenţă timpurie sunt deosebit de preocupaţi de aceste transformări fizice.

Dezvoltarea cognitivă. Deşi mai puţin evidente, transformările cognitive din timpul adolescenţei sunt la fel de spectaculoase ca şi cele fizice. Majoritatea adolescenţilor trec de la gândirea concret operaţională la cea formal operaţională, dobândind capacitatea de a raţiona logic şi abstract şi de a aprecia consecinţele acţiunilor curente. Deşi anamneza şi examinarea sunt asemănătoare cu cele de la adult, ţineţi cont de variabilitatea largă a dezvoltării cognitive a adolescenţilor şi de capacitatea lor inconstantă şi încă limitată de a vedea dincolo de soluţiile simple. Gândirea morală devine sofisticată, iar adolescenţii petrec mult timp cu dezbaterea diverselor subiecte.



Dezvoltarea în plan social şi emoţional. Adolescenţa este o perioadă tumultoasă, marcată de tranziţia de la influenţa dominantă a familiei, la creşterea autonomiei şi influenţa prietenilor. Lupta pentru căutarea identităţii, independenţei şi în cele din urmă a unui partener sexual produce presiune uriaşă, numeroase probleme de sănătate şi deseori comportamente cu risc înalt. Acest conflict vă asigură însă ocazia importantă de a promova starea de sănătate.

Achiziţia reperelor de dezvoltare în adolescenţă

Repere	Caracteristici	Abordare medicală
Adolescenţa timpurie (vârsta de 10-14 ani)		
Fizice	Pubertate variabilă (♀: 10-14; ♂: 11-16)	Confidenţialitate; intimitate
Cognitive	Gândire „concret operaţională"	Sublinierea efectelor pe termen scurt
Sociale		
Identitate	Sunt normal? Prietenii devin tot mai importanţi	Încurajare şi atitudine pozitivă
Independenţă	Ambivalenţă (familie, sine, prieteni)	Susţinerea autonomiei în creştere
Adolescenţa medie (vârsta de 15-16 ani)		
Fizice	Fetele - mai sigure pe ele, băieţii - stânjeniţi	Susţinere, dacă pacientul nu se încadrează în „normal"
Cognitive	Tranziţie; numeroase idei	Rezolvarea situaţiilor; luarea deciziilor

(se continuă)

Achiziţia reperelor de dezvoltare în adolescenţă (continuare)

Repere	Caracteristici	Abordare medicală
Sociale		
Identitate	Cine sunt? Introspecţie profundă; probleme globale	Acceptare fără critică
Independenţă	Testarea limitelor; comportamente „experimentale"; întâlniri	Consecvenţă; stabilirea limitelor
Adolescenţa târzie (vârsta de 17-20 ani)		
Fizice	Boli comune cu adultul	Minimă, dacă nu este boală cronică
Cognitive	Gândire „formal operaţională"	Abordare ca la adult
Sociale		
Identitate	Funcţionează cu respect faţă de ceilalţi; sexualitate; viitor	Încurajarea identităţii pentru a permite dezvoltarea
Independenţă	Separare de familie; orientare spre independenţa reală	Susţinere, măsuri profilactice

ANAMNEZA



Cheia succesului în examinarea unui adolescent este crearea unui mediu confortabil şi confidenţial. Astfel, examinarea va fi mai relaxată şi vă facilitează obţinerea mai multor informaţii. Atunci când abordaţi problema intimităţii, a implicării parentale şi a confidenţialităţii, trebuie să aveţi în vedere nivelul de dezvoltare cognitiv şi social al adolescentului.

În general, adolescenţii au o atitudine pozitivă faţă de orice persoană care manifestă interes sincer faţă de ei. Arătaţi de la început acest interes şi apoi încercaţi să creaţi conexiunea pentru o comunicare eficientă.

Adolescenţii vor fi mai dispuşi să se destăinuie atunci când întrebările se concentrează pe persoana lor şi nu pe problemele pe care le au. Spre deosebire de alte situaţii, *începeţi* anamneza *cu întrebări specifice* pentru a le câştiga încrederea, a stabili contactul şi a începe conversaţia. La început, s-ar putea să fie nevoie să vorbiţi mai mult decât de obicei. O bună modalitate de a începe este să discutaţi neprotocolar despre prieteni, şcoală, hobby-uri şi familie. Nu este o idee bună să vă folosiţi

de tăcere pentru a determina un adolescent să vorbească şi nici să-l întrebaţi direct despre ceea ce simte.

Este deosebit de important să folosiţi rezumarea, afirmaţiile de tranziţie şi să explicaţi ce urmează să faceţi în timpul examinării fizice. Examenul fizic poate reprezenta şi ocazia de a capta atenţia adolescentului. Odată ce aţi stabilit contactul, reveniţi la întrebările deschise. În acest moment întrebaţi adolescentul despre temerile sau întrebările pe care le are. Deoarece adolescenţii au reţineri în a pune întrebările care-i preocupă (şi care uneori se referă la aspecte delicate), întrebaţi dacă mai are altceva de spus. O frază utilă este „spune-mi ce alte întrebări mai ai."

Comportamentul adolescentului se raportează la etapa de dezvoltare şi nu neapărat la vârsta cronologică sau la maturizarea fizică. Vârsta şi aspectul lor ar putea să vă inducă în eroare, şi să presupuneţi că ei funcţionează la un nivel mult mai realist şi orientat spre viitor. Aceasta se întâmplă mai ales în cazul celor „cu dezvoltare precoce" care par mai mari decât vârsta lor. Şi situaţia inversă este valabilă, mai ales la tinerii cu pubertate întârziată sau boli cronice.

Problema *confidenţialităţii* este importantă pentru adolescenţi. Explicaţi atât părinţilor, cât şi adolescentului, că asistenţa medicală optimă permite adolescentului un grad de independenţă şi confidenţialitate. Vă va fi de ajutor atunci când veţi cere părintelui să părăsească sala de consultaţie pentru o parte din anamneza copilului începând cu vârsta de 10-11 ani. Astfel, veţi pregăti atât părinţii cât şi tinerii pentru vizitele ulterioare, când pacientul va rămâne un timp singur cu medicul.

Înainte ca părintele să iasă din cabinet, obţineţi de la acesta date relevante despre istoricul medical şi stabiliţi motivul pentru care părintele a considerat necesară vizita. De asemenea, discutaţi despre nevoia de confidenţialitate. Explicaţi că scopul acesteia este de optimiza intervenţia medicală şi nu de a ţine secrete. Adolescenţii au nevoie să se asigure că veţi păstra confidenţială discuţia cu ei. Însă va trebui să stabiliţi anumite limite ale confidenţialităţii. Întotdeauna afirmaţi explicit că veţi acţiona atunci când consideraţi că informaţiile primite ameninţă siguranţa copilului: „Nu le voi spune părinţilor despre ce discutăm, decât dacă îmi vei permite sau dacă mă tem pentru siguranţa ta – de exemplu, dacă mi-ai spune că vrei să te sinucizi şi eu cred că există riscul de a pune în practică acest gând, va trebui să discut şi cu alte persoane, pentru a te putea ajuta."

Scopul vostru este de a ajuta adolescenţii să se destăinuie părinţilor. Încurajaţi-i să discute deschis cu aceştia despre subiectele delicate şi oferiţi-vă să participaţi la discuţie sau să ajutaţi. Deşi tinerii consideră că părinţii „i-ar omorî dacă ar şti", va trebui să susţineţi nevoia unui dialog deschis. Aceasta implică evaluarea atentă a aşteptărilor părinţilor şi consimţământul deplin şi explicit al tânărului.

La fel ca în perioada celei de-a doua copilării, tinerii sunt pudici. Pacientul va rămâne îmbrăcat până când începe examenul fizic, iar în timp ce acesta îşi va pune

halatul de examinare, medicul părăseşte cabinetul. Majoritatea adolescenţilor cu vârsta mai mare de 13 ani preferă să fie examinaţi în absenţa părintelui, dar aceasta va depinde de nivelul de dezvoltare al pacientului, familiaritatea faţă de examinator, relaţia cu părintele şi aspectele medicale culturale. Pe adolescenţii tineri şi părinţii acestora întrebaţi-i ce anume preferă. Deşi examinarea unui adolescent poate provoca nelinişte unui medic începător, pe măsură ce se acumulează experienţă aceste interacţiuni pot gratifica atât medicul cât şi adolescentul.



Etapele şi conţinutul examenului fizic la adolescent sunt similare cu cele de la adult. Ţineţi cont însă de particularităţile unice ale adolescentului legate de pubertate, creştere, dezvoltare, relaţii familiale şi de grup, sexualitate, luarea deciziilor şi comportamentele cu risc înalt.

PROMOVAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ŞI CONSILIEREA

AAP recomandă vizite medicale anuale pentru adolescenţi.[43] Deoarece vizitele medicale sunt mai rare la adolescenţi faţă de copiii mai mici, includeţi aspectele promovării stării de sănătate la toate întâlnirile cu aceştia. În plus, adolescenţii cu afecţiuni cronice sau comportamente cu risc înalt vor necesita vizite suplimentare pentru promovarea stării de sănătate şi a măsurilor profilactice.

Majoritatea bolilor cronice ale adultului îşi au originea în perioada copilăriei sau adolescenţei. De exemplu, obezitatea, bolile cardiovasculare, dependenţele (de droguri, tutun, alcool) şi depresia sunt toate influenţate de experienţele din copilărie şi adolescenţă, dar şi de comportamentele stabilite în adolescenţă. Concret, majoritatea adulţilor obezi au fost obezi şi în adolescenţă sau au avut un scor IMC crescut. Aproape toţi adulţii dependenţi de tutun şi-au început obiceiul de a fuma înainte de vârsta de 18 ani. De aceea, o etapă importantă în promovarea stării de sănătate la adolescenţi include discuţia despre comportamentele şi obiceiurile sănătoase. Profilaxia eficientă poate ajuta pacienţii să-şi dezvolte un stil de viaţă sănătos şi să evite anumite probleme cronice de sănătate.

Deoarece anumite aspecte de profilaxie implică un status confidenţial, precum starea mentală, dependenţa, comportamentele sexuale sau tulburările de alimentaţie, este util să discutaţi în particular cu adolescenţii (mai ales cu cei mai mari) o parte din timpul alocat vizitei medicale.

ELEMENTELE VIZITEI MEDICALE LA ADOLESCENŢI ÎNTRE 11-18 ANI

Discuţia cu părinţii

- Exprimarea motivelor de către părinţi
- Asigurarea consultanţei
- Şcoală, activităţi, interacţiuni sociale
- Comportamentele şi obiceiurile tânărului, starea mentală

Discuţia cu adolescentul

- *Dezvoltare socială şi emoţională:* stare mentală, prieteni, familie
- *Dezvoltare fizică:* pubertate, imaginea despre sine
- *Obiceiuri şi comportamente:* alimentaţie, activităţi fizice, timpul petrecut la TV sau computer, droguri/alcool
- *Relaţii şi sexualitate:* întâlniri, activitate sexuală, act sexual non-consensual
- *Funcţionarea familiei:* relaţiile cu părinţii şi fraţii
- *Performanţa şcolară:* activităţi, puncte forte

Examenul fizic

- Efectuaţi o examinare atentă; observaţi parametrii de creştere, scorul de maturizare sexuală

Teste de screening

- Funcţia vizuală şi auditivă, tensiune arterială; eventual hematocrit; evaluaţi starea emoţională şi factorii de risc

Vaccinări

- Vezi schema de vaccinare (pag. 741-742)

Măsuri profilactice – adolescent

Obiceiuri şi comportamente sănătoase:

- Prevenţia traumatismelor şi bolilor
  Centura de siguranţă, şofatul sub influenţa alcoolului, cască de protecţie, expunere la soare, portul de arme
- Alimentaţie
  Mese şi gustări sănătoase, profilaxia obezităţii
- Sănătatea orală: vizite la stomatolog, periajul dinţilor

Sexualitate:

- Confidenţialitate, comportamente sexuale, sexul protejat, contracepţie dacă este necesar

Abuzul de substanţe:

- Strategii de prevenire; tratament dacă este indicat
- Interacţiune părinte-copil
- Comunicare, reguli

Aptitudini sociale:

- Activităţi, şcoală, viitor

Interacţiuni intracomunitare:

- Resurse, implicare

Măsuri profilactice – părinte

Interacţiune pozitivă, susţinere, siguranţă, stabilirea limitelor, valorile familiale, comportamente model

TEHNICI DE EXAMINARE

Starea generală şi parametrii vitali

Creşterea somatică. Adolescenţii vor purta halatul de examinare când sunt cântăriţi. Acest aspect este în mod particular important la adolescentele subponderale. Ideal ar fi ca măsurătorile seriate de greutate (şi înălţime) să fie înregistrate pe acelaşi cântar.

Atât obezitatea cât şi tulburările de alimentaţie reprezintă o problemă majoră de sănătate în rândul adolescentelor, necesitând evaluări frecvente ale greutăţii corporale.

Parametrii vitali. Evaluarea repetată a tensiunii arteriale este importantă la adolescenţi[28]. Alura ventriculară medie pentru grupa de vârstă 10-14 ani este de 85 bătăi pe minut, iar variaţiile între 55 şi 115 bătăi pe minut sunt considerate în limite normale. Alura ventriculară medie pentru cei cu vârsta ≥15 ani este între 60 şi 100 bătăi pe minut.

Cauzele de hipertensiune arterială persistentă la acest grup de vârstă includ *hipertensiunea primitivă, boala renală parenchimatoasă* şi *consumul de droguri.*

Tegumentul

Inspectaţi cu atenţie tegumentul adolescentului. Mulţi dintre ei sunt preocupaţi de diverse afecţiuni, precum acnee, gropiţe, pete sau aluniţe.

Acneea la adolescent, o afecţiune cutanată foarte frecventă, tinde să se remită în cele din urmă, dar deseori beneficiază de tratament adecvat. Debutează între perioada de pubertate medie şi cea târzie.

Mulţi adolescenţi se expun excesiv la soare sau frecventează saloanele de bronzare. Puteţi identifica acest comportament în timpul anamnezei sau observând urmele de bronzare la examenul fizic. Cu această ocazie puteţi prezenta adolescentului pericolul expunerii excesive la radiaţiile ultraviolete, necesitatea protecţiei împotriva soarelui şi riscul frecventării solarului.

Sfătuiţi adolescentul să înceapă o auto-examinare regulată a tegumentelor, aşa cum este ilustrat la pag. 170-171.

Capul, urechile, ochii, faringele și gâtul

Examinarea acestor părţi ale corpului este similară cu cea a adultului.

Metodele folosite pentru examinarea ochilor, inclusiv testarea acuităţii vizuale, sunt cele prezentate la adult. Erorile de refracţie devin frecvente, fiind importantă testarea la intervale regulate a acuităţii vizuale a fiecărui ochi, de pildă în cadrul controlului anual.

Pregătirea şi tehnicile de examinare a urechilor şi testarea auzului se aseamănă cu metodele folosite la adult. Nu există anomalii ale urechii sau variaţii de la normal care să fie specifice acestui grup de vârstă. Desigur, părinţii copiilor mai mari vor menţiona „surditatea selectivă", o trăsătură normală la această vârstă, prin care tinerii aleg să audă numai ceea ce le convine.

Inima

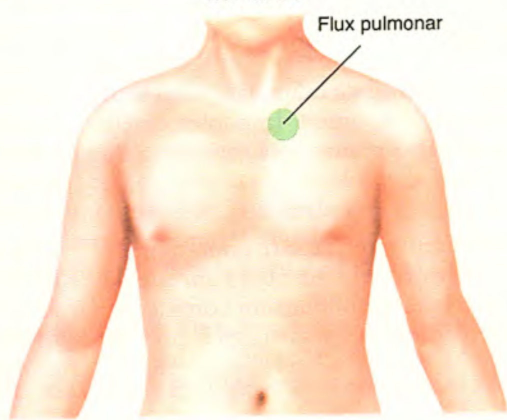
Tehnica şi etapele de examinare sunt aceleaşi ca la adult. Prezenţa suflurilor impune aprofundarea evaluării cardiovasculare.

EXEMPLE DE ANOMALII

Aluniţele sau nevii pigmentari benigni pot apărea în perioada adolescenţei. Au caracteristici care îi diferenţiază de nevii atipici, descrişi la pag. 857-858.

• Localizarea și caracteristicile suflurilor cardiace benigne la adolescent

Localizare



Vârstă de elecţie	Denumire	Caracteristici	Descriere şi localizare
Adolescenţă şi mai târziu	*Suflu funcţional pulmonar*	 Z_1 Z_2	Gradul I-II/VI slab, nu este aspru Concordant cu ejecţia Parasternal stâng superior P_2 normal

Suflul funcţional pulmonar benign este slab, gradul I-II/VI, concordant cu ejecţia, nu este aspru, începe după primul zgomot cardiac (Z_1) şi se sfârşeşte înainte de al doilea zgomot (Z_2), dar nu are caracterul marcat crescendo-descrescendo al unui suflu de ejecţie organic. Dacă auziţi acest suflu, va trebui să evaluaţi dacă zgomotul de închidere a valvei pulmonare are intensitate normală şi dacă dedublarea Z_2 dispare în expir. Un adolescent cu un suflu benign de ejecţie pulmonară va avea Z_2 de intensitate normală şi cu dedublare normală.

Suflul funcţional pulmonar însoţit de dedublarea fixă a zgomotului doi cardiac sugerează încărcarea de volum a inimii drepte, ca în *defectul septal atrial.*

Acest suflu funcţional pulmonar se poate auzi şi în cazul unei supraîncărcări de volum de diverse etiologii, precum anemia cronică, sau după un efort fizic. Poate persista şi la adult.

Glanda mamară

Modificările fizice ale glandei mamare la fete reprezintă unul din primele semne de pubertate. Ca în majoritatea transformărilor din perioada de dezvoltare, există o progresie sistematică. În general, pe o perioadă de 4 ani, glanda mamară parcurge cinci stadii numite stadiile Tanner sau stadiile de maturizare sexuală Tanner (SMS), exemplificate în pagina următoare. Mugurii mamari din stadiul prepubertar evoluează ulterior spre reliefarea şi modificarea conturului glandei şi areolei. Aceste stadii sunt însoţite de apariţia pilozităţii pubiene şi a celorlalte caractere sexuale secundare (vezi pag. 845). De obicei, menarha se instalează când adolescenta se află în stadiul mamar 3 sau 4, moment în care a depăşit deja vârful maxim de creştere (vezi figura de la pag. 846).

Formaţiunile sau nodulii de la nivelul sânilor la adolescente trebuie examinaţi cu atenţie. De regulă sunt *fibroadenoame benigne* sau *chisturi;* etiologiile mai rare includ *abcese* sau *lipoame.* Carcinomul de sân este extrem de rar în adolescenţă şi apare aproape întotdeauna în familiile cu istoric încărcat al acestei maladii.[44]

Timp de mulţi ani s-a considerat că limitele normale ale debutului dezvoltării sânilor sunt cuprinse între 8 şi 13 ani (în medie, la 11 ani), debutul sub această limită fiind considerat anormal.[45] Unele studii sugerează coborârea limitei inferioare a normalului la 7 ani pentru rasa albă şi la 6 ani pentru rasa afro-americană şi hispanică. Vârsta exactă de debut rămâne în continuare controversată. Cele două glande mamare au ritm de dezvoltare diferit la aproximativ 10% din fete, producând o asimetrie de mărime sau de stadiu Tanner. Pacienta trebuie asigurată că în timp acest aspect se rezolvă.

La adolescentele mai mari se efectuează examinare mamară completă şi se furnizează instrucţiuni legate de auto-examinare (vezi pag. 410). Medicii de sex masculin vor fi asistaţi de un însoţitor (părinte sau asistentă medicală) la această etapă a examinării.

La băieţi, glanda mamară este alcătuită dintr-un mamelon mic şi areolă. În timpul pubertăţii, aproximativ o treime din băieţi dezvoltă un nodul ferm de ţesut cu diametrul de 2 cm sau mai mare, de obicei unilateral. Băieţii cu obezitate prezintă ţesut mamar în exces.

Mulţi băieţi adolescenţi dezvoltă *ginecomastie* (hipertrofie mamară) uni- sau bilaterală. Deşi de mici dimensiuni, este stânjenitoare. În general se rezolvă în câţiva ani.

STADII DE MATURIZARE SEXUALĂ LA FETE: GLANDA MAMARĂ

Stadiul 1

Prepubertar. Este prezentă numai reliefarea mamelonului.

Stadiul 2



Stadiu de mugure mamar. Reliefarea glandei mamare şi a mamelonului; creşterea diametrului areolei.

Stadiul 3



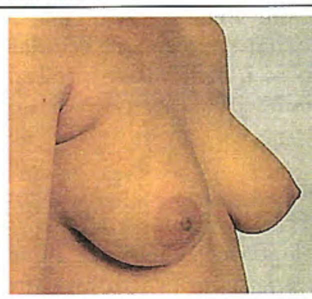
Accentuarea reliefării glandei mamare şi areolei, fără separarea contururilor.

Stadiul 4



Reliefarea areolei şi mamelonului care formează o proeminenţă separată faţă de conturul glandei mamare.

Stadiul 5



Stadiul matur; proemină numai mamelonul. Areola este inclusă în conturul general al glandei (deşi uneori, areola continuă să formeze o proeminenţă secundară, aspectul fiind normal).

(Fotografii reproduse cu permisiunea American Academy of Pediatrics, *Assessment of Sexual Maturity Stages in Girls*, 1995)

Abdomenul

Tehnicile de examinare abdominală sunt aceleaşi ca la adult. Dimensiunea ficatului se apropie de cea corespunzătoare adultului pe măsură ce adolescentul traversează perioada de pubertate, şi depinde de înălţimea globală a acestuia. Deşi lipsesc datele legate de utilitatea anumitor tehnici de evaluare a dimensiunii ficatului, se pot aplica normele din studiile pentru adulţi, mai ales la adolescenţii mai mari. Deci, palpaţi ficatul. Dacă nu se palpează, este puţin probabil să existe hepatomegalie. Dacă puteţi palpa marginea inferioară, atunci efectuaţi o percuţie uşoară pentru a determina dimensiunea.

Hepatomegalia la adolescenţi poate fi produsă de *infecţii* (e.g. hepatită sau mononucleoză infecţioasă), boli inflamatorii intestinale sau tumori.

Organele genitale masculine

Examenul organelor genitale la adolescent decurge la fel ca la adult. Ţineţi cont de faptul că mulţi băieţi se simt stânjeniţi de acest aspect al consultului.

Pubertatea este însoţită de transformări anatomice importante ale organelor genitale masculine, care contribuie la definirea evoluţiei acesteia. Primul semn evident de pubertate, ce apare la vârste între 9 şi 13,5 ani, este reprezentat de creşterea în dimensiuni a testiculelor. Apoi, apare pilozitatea pubiană şi mărirea progresivă a penisului. Transformarea completă a anatomiei prepubertare în cea corespunzătoare adultului are loc în decurs de aproximativ 3 ani, cu limite între 1,8 şi 5 ani.

Pubertatea întârziată se suspectează la băieţii care nu prezintă semne de dezvoltare pubertară până la vârsta de 14 ani.

Când examinaţi adolescentul, atribuiţi un scor de maturizare sexuală. Cele cinci stadii ale dezvoltării sexuale, descrise prima oară de Tanner, sunt ilustrate mai jos.[20] Acestea implică modificări la nivelul penisului, testiculelor şi scrotului. În plus, la aproape 80% din bărbaţi, pilozitatea pubiană se extinde ascendent pe abdomen în formă de triunghi cu vârful orientat spre ombilic; această fază se definitivează până la 20 ani.

Cea mai frecventă cauză de pubertate întârziată la băieţi este *întârzierea constituţională a creşterii*, de cele mai multe ori o afecţiune familială care se asociază cu întârzierea maturării osoase şi fizice, dar cu niveluri hormonale normale.

Stadii de maturizare sexuală la băieţi

Pentru desemnarea stadiilor de maturizare sexuală la băieţi, observaţi fiecare din cele trei caracteristici separat, deoarece pot avea ritm de dezvoltare diferit. Consemnaţi două scoruri separate: pentru pilozitatea pubiană şi organele genitale. Dacă testiculele şi penisul se află în stadii diferite, realizaţi o medie între cele două, care să exprime scorul organelor genitale.

		Pilozitate pubiană	Penis	Testicule şi scrot
Stadiul 1		Prepubertar – pilozitate pubiană absentă cu excepţia unui puf fin (păr vellus) similar cu cel de pe abdomen	Prepubertar – aceleaşi dimensiuni şi proporţii ca în copilărie	Prepubertar – aceleaşi dimensiuni şi proporţii ca în copilărie
Stadiul 2		Creşterea unor fire rare, lungi, uşor pigmentate, drepte sau uşor răsucite, predominant la baza penisului	Creşterea în dimensiuni este minimă sau absentă	Mărirea de volum a testiculelor; scrotul creşte în volum, capătă nuanţă roşie şi are consistenţă modificată
Stadiul 3		Pilozitate mai abundentă, pigmentată, mai aspră, răspândită la nivelul simfizei pubiene	Creştere în special în lungime	Mărire progresivă de volum a testiculelor şi scrotului
Stadiul 4		Pilozitate aspră şi cu fire răsucite, ca la adult; aria de distribuţie mai mare decât în stadiul 3, dar mai mică decât la adult şi nu se extinde încă pe coapse	Creştere progresivă în lungime şi grosime, cu dezvoltarea glandului	Mărire progresivă de volum; tegumentul scrotal se pigmentează

(se continuă)

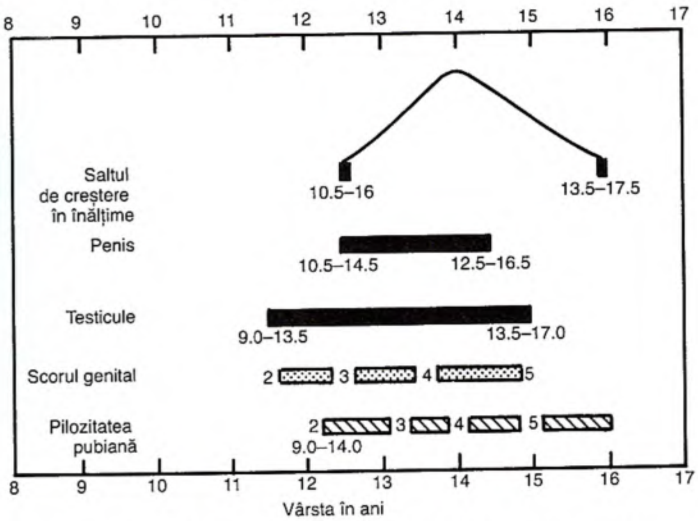
• Stadii de maturizare sexuală la băieţi (continuare)

		Pilozitate pubiană	Penis	Testicule şi scrot
Stadiul 5		Calitativ şi cantitativ – pilozitate pubiană de tip adult, extinsă pe faţa medială a coapselor, dar nu şi pe abdomen	Dimensiune şi formă de tip adult	Dimensiune şi formă de tip adult

(Imagini reproduse din *Pediatric Endocrinology and Growth*, 2nd ed., Wales&Wit, 2003, cu permisiunea Elsevier.)

Un principiu important al dezvoltării este acela că transformările fizice pubertare evoluează după o secvenţă bine stabilită (vezi mai jos). Deşi limitele de vârstă pentru debutul şi finalizarea procesului sunt variabile, succesiunea etapelor este aceeaşi pentru fiecare adolescent. Acest aspect vă ajută în consilierea unui adolescent neliniştit cu privire la evoluţia maturizării lui prezente şi viitoare şi la normalitatea transformărilor pubertare pe parcursul unui interval larg de vârstă. De asemenea, este util şi în identificarea unor modificări fizice anormale.

Deşi ejacularea nocturnă sau diurnă debutează în perioada caracteristică scorului 3 de maturizare sexuală, descoperirea prin anamneză sau examen fizic a unor secreţii peniene poate indica *boală cu transmitere sexuală.*



Cifrele situate sub dreptunghiuri indică limitele de vârstă la care apar respectivele transformări. (Reprodus după Marshall WA, Tanner JM. Variations in the patterns of pubertal changes in boys. Arch Dis Child 45:22, 1970.)

Organele genitale feminine

Examinarea organelor genitale externe la adolescente se desfăşoară la fel ca la fetele de vârstă şcolară. Dacă este necesar să efectuaţi un examen pelvin complet, atunci tehnica propriu-zisă este asemănătoare cu cea de la adult, inclusiv examinarea rectală. Explicaţi fiecare etapă a examinării, prezentaţi instrumentele şi folosiţi o abordare calmă şi liniştitoare, deoarece adolescentele prezintă frecvent anxietate. Consultul se va desfăşura în prezenţa unui însoţitor (părinte sau asistentă medicală). Prima examinare pelvină a unei adolescente trebuie să fie efectuată de un medic experimentat.

Secreţia vaginală la adolescenta de vârstă mică se tratează ca la adult. Cauzele includ *leucoree fiziologică, boli cu transmitere sexuală* contractate fie prin activitate sexuală consimţită, fie prin *abuz sexual, vaginoză bacteriană, corpi străini* şi *factori iritanţi externi.*

Semnele iniţiale de pubertate la fete sunt reprezentate de modificările himenului sub influenţa estrogenilor, lărgirea şoldurilor şi debutul saltului de creştere în înălţime, dar aceste transformări sunt dificil de identificat. Primul semn de pubertate uşor de recunoscut este de regulă apariţia mugurelui mamar, deşi uneori pilozitatea pubiană este cea care apare prima. Vârsta medie de apariţie a pilozităţii pubiene a scăzut în ultimii ani, astfel încât în prezent se consideră normală apariţia acesteia încă de la vârsta de 7 ani, mai ales la fetele de rasă neagră, la care caracterele secundare sexuale se dezvoltă mai devreme.

Dezvoltarea pubertară înainte de limita de vârstă normală poate semnifica *pubertate precoce*, care are etiologie endocrină sau nervoasă.

Acordaţi un scor de maturizare sexuală fiecărei fete, indiferent de vârsta cronologică. Evaluarea maturizării sexuale la fete se bazează atât pe creşterea pilozităţii pubiene, cât şi pe dezvoltarea sânilor.[45] Evaluarea (prin stadializarea Tanner) a creşterii pilozităţii pubiene este ilustrată în imaginile de mai jos. Pentru evaluarea dezvoltării sânilor revedeţi pagina 842. Discutaţi cu adolescentele despre această succesiune şi stadiul în care se află în prezent.

ETAPELE DE MATURIZARE SEXUALĂ LA FETE: PILOZITATEA PUBIANĂ

Stadiul 1

Prepubertar – pilozitate pubiană absentă cu excepţia unui puf fin (păr vellus) asemănător cu cel de pe abdomen

Stadiul 2



Fire rare, lungi, uşor pigmentate, drepte sau uşor ondulate, mai ales la nivelul labiilor

Stadiul 3



Pilozitate mai abundentă, pigmentată, mai aspră, ondulată, răspândită la nivelul simfizei pubiene

Stadiul 4



Pilozitate aspră şi ondulată de tip adult; aria de distribuţie mai mare decât în stadiul 3, dar mai mică decât la adult şi nu include încă partea medială a coapselor

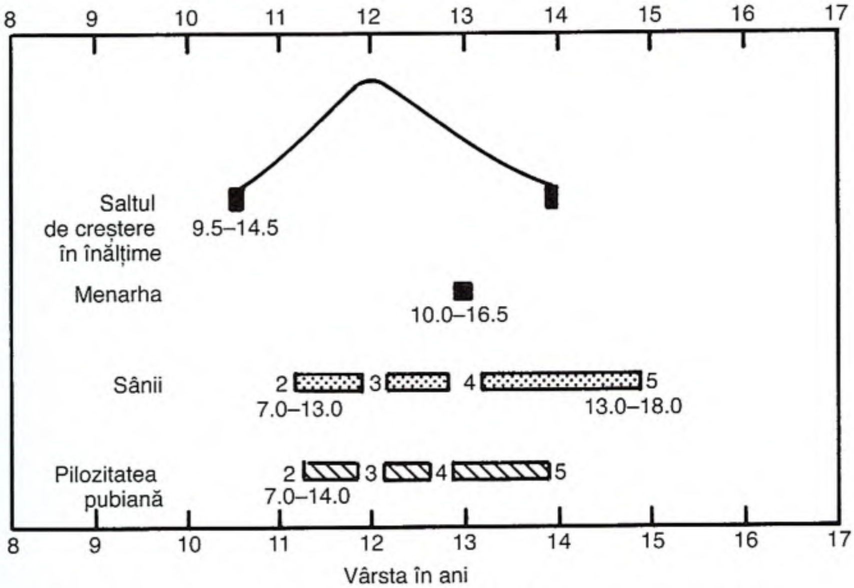
Stadiul 5



Calitativ şi cantitativ – pilozitate pubiană de tip adult, extinsă pe faţa medială a coapselor, dar nu şi ascendent pe abdomen

(Imagini reproduse cu permisiunea American Academy of Pediatrics, *Assessment of Sexual Maturity Stages in Girls*, 1995.)

Deşi există variaţii largi în privinţa vârstei de debut şi de finalizare a pubertăţii, reţineţi că etapele se desfăşoară după o secvenţă predictibilă, aşa cum este ilustrat mai jos.



Cifrele situate sub dreptunghiuri indică limitele de vârstă la care apar respectivele transformări.(Reprodus după Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child 45:22, 1970.)

EXEMPLE DE ANOMALII

Pubertatea întârziată la o adolescentă cu înălţime sub percentila 3% poate fi cauzată de sindromul Turner sau de o boală cronică. Cele mai frecvente cauze de dezvoltare sexuală întârziată la o adolescentă extrem de slabă sunt anorexia nervoasă şi bolile cronice.

Sistemul osteomuscular

Componentele uzuale ale examinării musculoscheletice la un adolescent sunt evaluarea prezenţei scoliozei şi screeningul pentru participarea la activităţi sportive (pag. 847-849). Celelalte segmente ale examenului osteomuscular sunt asemănătoare cu cele de la adult.

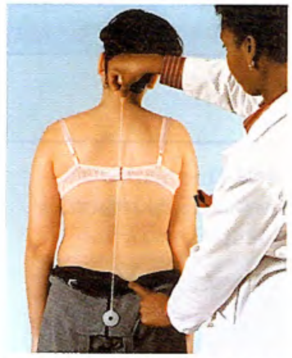
Evaluarea prezenţei scoliozei. Cereţi copilului să se aplece în faţă şi cu braţele întinse să încerce să atingă solul, în timp ce ţine genunchii drepţi (*testul Adam, al înclinării spre anterior*). Evaluaţi orice asimetrie a posturii sau a mersului. La copilul mic, scolioza este rar întâlnită şi este patologică; scolioza de grad mic la copilul mai mare este destul de frecventă.



Când identificaţi scolioza, folosiţi un *scoliometru* pentru determinarea gradului de deviere a axului coloanei vertebrale. Cu pacientul în ortostatism, căutaţi prezenţa asimetriei scapulelor şi a pliurilor gluteale. Cereţi adolescentului să se aplece în faţă aşa cum se observă în imagine. Detectaţi orice proeminenţă a coastelor posterioare. Plasaţi scoliometrul deasupra coloanei vertebrale în punctul de proeminenţă maximă, în condiţiile în care coloana se află paralel cu podeaua în acel punct (vezi imaginea). În continuare cereţi adolescentului să se aplece mai mult în faţă pentru a evalua scolioza lombară, şi apoi să se aplece mai puţin pentru a evalua scolioza toracică.

În perioada copilăriei apar câteva tipuri de *scolioză*. Scolioza idiopatică (75% din cazuri), întâlnită mai ales la fete, este detectată în adolescenţa timpurie.

Puteţi folosi *testul firului cu plumb* (un fir la care se ataşează o greutate) pentru a verifica dacă coloana vertebrală este verticală. Sprijiniţi vârful firului cu plumb pe apofiza vertebrei cervicale C7 şi cereţi copilului să stea drept. În mod normal, firul cu plumb trebuie să fie situat în mijlocul liniei interfesiere (nu se arată aici).



Scolioza aparentă, inclusiv un test anormal al firului cu plumb, poate fi consecinţa *diferenţei de lungime dintre membrele inferioare* (vezi pag. 831).

Examenul osteomuscular de screening pentru participarea la activităţi sportive. Peste 25 de milioane de copii şi adolescenţi din Statele Unite participă la activităţi sportive organizate pentru care necesită „autorizaţie medicală." Începeţi examinarea cu un istoric medical complet, concentrându-vă pe factorii de risc cardiovascular, intervenţii chirurgicale anterioare, traumatisme anterioare, alte probleme medicale şi antecedente heredo-colaterale. Examenul fizic efectuat înaintea unui concurs sportiv este adesea singura ocazie în care un adolescent sănătos întâlneşte un cadru medical, aşa încât este important să includeţi câteva întrebări de screening şi măsuri de profilaxie (vezi discuţia de la Promovarea stării de sănătate şi consilierea). Apoi efectuaţi un examen fizic general, acordând atenţie specială aparatelor cardiovascular şi pulmonar, şi un screening vizual şi auditiv. În timp ce efectuaţi un examen osteomuscular complet, căutaţi orice semn de slăbiciune musculară, limitare a mobilităţii, sau semne ale unor traumatisme anterioare.

În vederea participării la activităţi sportive, screeningul osteomuscular recomandat are durată de 2 minute.[46,47] Varianta ilustrată a acestei examinări este prezentată mai jos.

Factorii de risc importanţi pentru moartea subită de cauză cardiovasculară în timpul practicării sporturilor includ episoade de *ameţeală* sau *palpitaţii, sincopa în antecedente* (mai ales asociată cu efortul fizic), sau istoricul familial de *moarte subită* la rude cu vârstă tânără sau medie.

În timpul examenului fizic ce precede participarea la competiţii sportive, evaluaţi cu atenţie prezenţa *suflurilor cardiace* şi a *wheezingului* pulmonar.

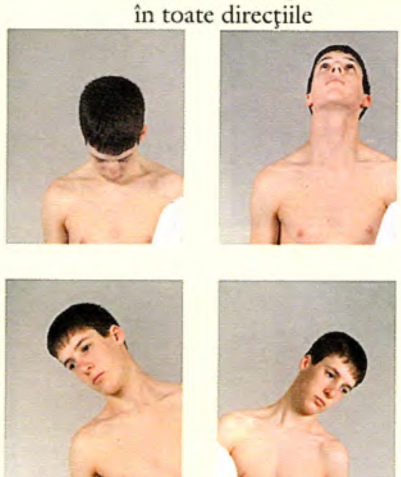
Examenul osteomuscular de screening pentru participarea la activităţi sportive

Poziţia pacientului şi instrucţiuni

Pasul 1: Stă drept cu faţa spre examinator.



Pasul 2: Mişcă gâtul în toate direcţiile



Aspecte patologice frecvente cauzate de traumatisme anterioare

Pasul 1: Asimetrie, tumefiere articulară

Pasul 2: Limitarea gradului de mobilitate

(se continuă)

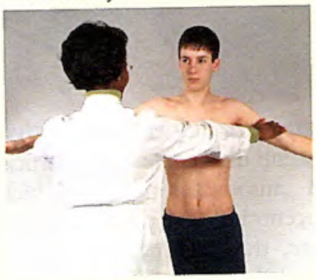
• Examenul osteomuscular de screening pentru participarea la activităţi sportive (continuare)

Poziţia pacientului şi instrucţiuni		Aspecte patologice frecvente cauzate de traumatisme anterioare

Pasul 3: Ridică umerii împotriva rezistenţei



Pasul 4: Ţine braţele întinse în lateral împotriva rezistenţei



Pasul 3: Slăbiciune musculară la nivelul umerilor, gâtului sau muşchilor trapezi

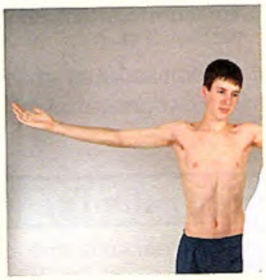
Pasul 4: Diminuarea forţei musculare la nivelul muşchiului deltoid

Pasul 5: Ţine braţele întinse în lateral cu coatele flectate la 90°; ridică şi coboară braţele





Pasul 6: Ţine braţele în lateral, îndoaie şi îndreaptă complet coatele





Pasul 5: Limitarea rotaţiei externe şi leziune a articulaţiei glenohumerale

Pasul 6: Limitarea gradului de mobilitate a cotului

(se continuă)

Examenul osteomuscular de screening pentru participarea la activități sportive (continuare)

Poziția pacientului și instrucțiuni

Pasul 7: Ține brațele în jos, flectează coatele la 90° și efectuează pronația și supinația antebrațelor

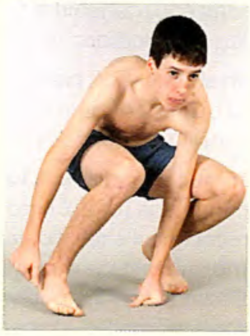


Pasul 8: Ține mâna în pumn, strânge, apoi răsfiră degetele





Pasul 9: Stă în poziție ghemuită și merge patru pași înainte



Pasul 10: Stă drept cu brațele pe lângă corp, cu spatele la examinator



Pasul 11: Se apleacă spre anterior cu genunchii drepți și atinge degetele de la picioare



Pasul 12: Stă pe călcâie și se ridică pe vârfuri



Aspecte patologice frecvente cauzate de traumatisme anterioare

Pasul 7: Limitarea gradului de mobilitate produsă de leziuni ale antebrațului, cotului, sau articulației radiocarpiene

Pasul 8: Articulații metacarpofalangiene proeminente, limitarea gradului de mobilitate a degetelor în urma unor entorse sau fracturi anterioare

Pasul 9: Incapacitate de flexie completă a genunchilor și dificultate la ridicarea în picioare - cauzate de leziuni ale genunchiului sau gleznei în antecedente

Pasul 10: Asimetrie prezentă în: scolioză, diferența de lungime între membrele inferioare, sau slăbiciunea musculară produsă de un traumatism

Pasul 11: Asimetria din scolioză și torsiunea spatelui din cauza lombalgiei

Pasul 12: Atrofia mușchilor gambei în urma lezării articulației gleznei sau tendonului lui Achille

Sistemul nervos

Examenul neurologic al unui adolescent este asemănător cu cel al adultului. Totuşi, evaluaţi dezvoltarea adolescentului în raport cu reperele specifice vârstei, aşa cum este descris la pag. 834-836.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea datelor, dar în timp veţi începe să folosiţi fraze. Exemplul de mai jos conţine enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor. Pe măsură ce veţi citi aceste consemnări, veţi observa unele elemente atipice. Încercaţi să vă auto-testaţi. Vedeţi dacă puteţi interpreta aceste elemente în contextul tuturor informaţiilor obţinute despre examinarea copilului. De asemenea, veţi deprinde modalităţile necesare pentru a adapta informaţiile provenite de la părintele copilului, mai degrabă decât cele provenite de la copil.

Consemnarea examenului fizic: pacientul pediatric

01 feb. 2009
Brian este un băiat activ, în vârstă de 26 de luni, însoţit de mama sa, care este îngrijorată de evoluţia dezvoltării şi comportamentului acestuia.
Bilet de trimitere. Nu există.
Sursa de încredere. Mama.

Motivul principal: Dezvoltare lentă şi comportament dificil.
Istoricul bolii actuale: Brian pare să se dezvolte mai lent decât s-a dezvoltat sora lui mai mare. Foloseşte numai cuvinte unice sau propoziţii simple, rar combină cuvinte şi se arată frustrat că nu reuşeşte să comunice. Persoanele din jur înţeleg aproximativ 25% din ceea ce spune. Dezvoltarea sa fizică este aparent normală; poate să arunce mingea, să dea cu piciorul, să mâzgălească şi să se îmbrace singur. Nu a avut traumatisme craniene, boli cronice, convulsii, sau pierderea achiziţiilor specifice vârstei.

Mama este preocupată şi de comportamentul copilului. Brian este extrem de încăpăţânat, prezintă frecvent accese de furie, se enervează repede (mai ales cu sora lui mai mare), aruncă obiecte, muşcă şi loveşte persoanele din jur când nu obţine ce vrea. Comportamentul lui se accentuează în prezenţa mamei, care afirmă că el se poartă „bine" când se află la grădiniţă. Trece de la o activitate la alta, fără să fie capabil să stea liniştit să citească sau să se joace un joc.

Brian are un apetit extrem de capricios; mănâncă mari cantităţi de alimente de tip fast-food sau alte nimicuri şi refuză alte alimente. Nu mănâncă fructe sau legume şi bea cantităţi enorme de suc sau apă minerală. Mama lui a încercat toate soluţiile pentru a-l face să mănânce sănătos, dar fără rezultat.

În familie stresul s-a accentuat în ultimul an, deoarece tatăl lui Brian a devenit şomer. Deşi Brian deţine acum asigurare Medicaid, părinţii nu au asigurare medicală.
Medicaţie. O doză de multivitamine zilnic.

(se continuă)

Antecedente personale

Evoluția sarcinii. Fiziologică. Mama a redus consumul de tutun la o jumătate de pachet pe zi şi a consumat alcool ocazional. Neagă consumul altor droguri sau prezenţa infecţiilor.

Perioada neonatală. Naştere pe cale vaginală la 40 săptămâni de gestaţie; a fost externat din maternitate după 2 zile. Greutatea la naştere 2,5 kg. Mama nu cunoaşte cauza greutăţii mici de la naştere a lui Brian.

Antecedente patologice. Numai afecţiuni minore; nu a necesitat spitalizare.

Traumatisme. Anul trecut a suferit o laceraţie facială prin cădere pe stradă, care a necesitat sutură.

Asistență medicală preventivă. Brian a beneficiat de consulturi de rutină în mod regulat. La ultima programare în urmă cu 6 luni, medicul curant a apreciat dezvoltarea lui Brian ca fiind uşor întârziată pe anumite repere şi a recomandat o creşă cu rezultate excelente, dar şi acordarea unei atenţii parentale crescute în privinţa lecturii, vorbirii, jocului şi stimulării. Vaccinările au fost efectuate conform schemei. Nivelul plumbemiei a fost uşor mărit anul trecut, iar mama afirmă că are „sângele subţire." Medicul curant a recomandat un supliment cu fier şi alimente cu conţinut bogat în fier, dar Brian refuză să mănânce aceste alimente.

Antecedente familiale

Antecedente familiale de diabet zaharat (doi bunici, nici unul cu diabet din copilărie) şi hipertensiune arterială. Fără istoric familial de tulburări de dezvoltare în copilărie, boli psihice, sau afecţiuni cronice.

Dezvoltarea psihomotorie. A stat în şezut la 6 luni, a mers de-a buşilea la 9 luni şi a mers în picioare la 13 luni. Primele cuvinte („mama" şi „apa") le-a spus la aproximativ 1 an.

Istoricul personal și social: Părinţii sunt căsătoriţi şi locuiesc împreună cu cei doi copii într-un apartament închiriat. În ultimul an tatăl nu a avut un loc de muncă stabil, dar a lucrat intermitent în construcţii. Mama lucrează pe post de chelneriţă cu jumătate de normă, timp în care Brian se află la creşă.

Mama a suferit de depresie în primul an de viaţă al lui Brian şi a participat la câteva şedinţe de terapie, dar le-a întrerupt deoarece nu şi-a mai permis să le plătească şi nici medicaţia aferentă. Este ajutată de mama sa care locuieşte la 30 de minute distanţă, şi de mulţi prieteni, din care unii au ocazional grijă de copil.

În ciuda greutăţilor familiale substanţiale, mama descrie o atmosferă de familie iubitoare şi unită. Părinţii încearcă să ia cina zilnic împreună, limitează timpul petrecut la televizor, le citesc ambilor copii (deşi Brian nu stă liniştit) şi merg să se joace în parcul din apropiere cu regularitate.

Condiţii de mediu. Ambii părinţi fumează, deşi pe cât posibil în afara casei.

Condiţii de siguranţă. Îngrijorarea principala a mamei este că nu poate să-l lase pe Brian nici un moment nesupravegheat, fără ca acesta să intre în bucluc. Ea se teme că se va arunca în faţa unei maşini; familia se gândeşte să pună un gard în jurul curţii. Brian stă în scaunul de maşină în cea mai mare parte a timpului când călătoreşte. Detectoarele de fum din casă funcţionează. Armele tatălui sunt încuiate. Medicamentele se află într-un dulap din dormitorul părinţilor.

Revizuirea sistemelor și aparatelor

Date generale: Fără afecţiuni severe.

Tegumente: Uscate, pruriginoase. Anul trecut a primit tratament cu unguent cu hidrocortizon.

(se continuă)

Cap, ochi, urechi, nas și faringe (extremitatea cefalică). *Cap:* fără traumatisme. *Ochi:* acuitate vizuală bună. *Urechi:* infecţii multiple în ultimul an. Ignoră constant cerinţele părinţilor; aceştia nu îşi dau seama dacă o face intenţionat sau nu aude bine. *Nas:* deseori rinoree; mama este preocupată de posibilitatea alergiei. *Cavitate bucală:* nu a fost consultat încă de stomatolog. Se spală uneori pe dinţi (ocazie cu care apar neînţelegeri).

Regiune cervicală. Fără tumefacţii. Ganglioni limfatici cervicali aparent măriţi.

Aparat respirator. Episoade frecvente de tuse şi şuierat. Mama nu poate identifica factorul declanşator; tind să dispară. Aleargă toată ziua, fără să pară că oboseşte vreodată.

Aparat cardiovascular. Fără afectare cardiacă depistată. A prezentat un suflu când era mai mic, dar acesta a dispărut.

Aparatul digestiv. Apetitul şi obiceiurile alimentare au fost descrise mai sus. Tranzit intestinal regulat. Este în curs de a învăţa deprinderile igienice şi poartă absorbante noaptea, dar nu şi la creşă.

Aparat renourinar. Jet urinar viguros. Fără infecţii urinare în antecedente.

Aparat genital. Normal.

Sistem osteomuscular. Este „băieţoi" şi nu oboseşte niciodată. Mici cucuie şi vânătăi ocazionale.

Sistem neurologic. Merge şi aleargă bine; coordonare bună, corespunzătoare vârstei. Fără spasticitate, convulsii sau sincope. Mama relatează că pare să aibă o memorie foarte bună, dar concentrare extrem de redusă.

Evaluare psihiatrică. În general pare vesel. Plânge uşor; oscilează între încercarea de a deveni independent şi nevoia de afecţiune şi consolare.

Examenul fizic

Brian este un antepreşcolar activ şi dinamic. Se joacă cu ciocănelul de reflexe, pretinzând că este un camion. Este strâns ataşat de mama lui, căutând-o cu privirea din când în când pentru a se linişti. Ea pare preocupată ca Brian să nu strice ceva. Hainele lui sunt curate.

Parametrii vitali. Înălţime 90 cm (percentila 90%). Greutate 16 kg (>percentila 95%). IMC 19,8 (>percentila 95%). Perimetru cranian 50 cm (percentila 75%). Tensiune arterială 108/58. Alura ventriculară 90, ritm regulat. Frecvenţa respiratorie 30; variabilă cu activitatea. Temperatura (la nivel auricular) 37,5°C. Nu acuză durere.

Tegumente. Normale, cu excepţia unor echimoze pe picioare şi a unor zone uscate la nivelul suprafeţelor externe ale coatelor.

Extremitatea cefalică *Cap:* normocefalie; fără leziuni. *Ochi:* dificil de examinat deoarece nu stă liniştit. Simetrici, cu mişcări extraoculare normale. Pupile de 4-5 mm reactive. Fund de ochi dificil de examinat; fără hemoragii evidente. *Urechi:* pavilion extern normal; fără malformaţii externe. Canal auditiv extern şi membrană timpanică normale. *Nas:* fose nazale normale, fără deviaţie de sept. *Cavitate bucală:* unii dinţi sunt pătaţi (suprafaţa internă a incisivilor superiori). Carie evidentă la nivelul incisivului superior drept. Limbă cu aspect normal. Granulaţii limfatice pe peretele posterior al faringelui; fără exsudat. Amigdale hipertrofice, dar cu spaţiu suficient între ele (1,5 cm).

(se continuă)

Regiune cervicală. Gât suplu; traheea pe linie mediană; tiroida nu se palpează.

Ganglioni limfatici. Limfoganglionii tonsilari se palpează bilateral (1,5-2 cm). Limfoganglioni mici (0,5 cm) bilateral, în canalul inghinal. Toţi ganglionii limfatici sunt mobili şi nedureroşi.

Aparat respirator. Excursii costale normale. Fără tahipnee sau dispnee. Ronhusuri de transmisie provenite de la nivelul căilor respiratorii superioare (mai intense în apropierea gurii, simetrice). Fără raluri ronflante, sibilante, crepitante. Stetacustic normal.

Aparat cardiovascular. Şocul apexian în al 4-lea sau al 5-lea spaţiu intercostal şi pe linie mediosternală. Z_1 şi Z_2 normale. Fără sufluri sau alte zgomote cardiace anormale. Puls femural normal, bilateral; pulsul arterei dorsale a piciorului palpabil bilateral.

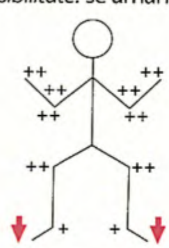
Glanda mamară. Aspect normal, cu o cantitate relativă de ţesut adipos în consistenţă.

Abdomen. Proeminent, dar depresibil; fără formaţiuni palpabile, nedureros. Limita inferioară a ficatului la 2 cm sub rebordul costal drept (RCD); ficat nedureros. Splina şi rinichii nu se palpează.

Aparat genital. Penis circumcis, stadiul Tanner I; fără pilozitate pubiană, leziuni sau secreţii. Testicule coborâte în scrot, dificil de palpat datorită unui reflex cremasterian viu. Scrotul normal de ambele părţi.

Sistem osteomuscular. Mobilitate în limite normale la nivelul membrelor superioare şi inferioare şi al articulaţiilor. Coloana vertebrală rectilinie. Mers normal.

Sistem nervos. *Status mental:* copil vesel, cooperant. *Dezvoltare (DDST):* Motricitate grosieră – sare şi aruncă obiecte. Motricitate fină – imită desenarea unei linii verticale. Limbaj – nu combină cuvinte; foloseşte numai cuvinte unice, trei-patru observate în timpul examinării. Socio-personal – se spală pe faţă şi pe dinţi, se îmbracă singur cu cămaşa. Global – normal, cu excepţia limbajului, care este întârziat. *Nervii cranieni:* integri, deşi greu de efectuat examinarea. *Cerebel:* mers normal; echilibru bun. *Reflexe osteotendinoase (ROT):* normale, simetrice, cu flexie plantară. *Sensibilitate:* se amână.



BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Levine MD, Carey WB, Crocker AC. Developmental–Behavioral Pediatrics, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002.
2. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Health Supervision III, revised ed. Elk Grove Village, IL: Author, 2002.
3. American Academy of Pediatrics. Bright Futures. Available at: http://brightfutures.aap.org/web/aboutBrightFutures.asp. Accessed February 19, 2008.
4. American Medical Association. Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Available at: http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf. Accessed February 19, 2008.
5. United States Department of Health and Human Services. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm. Accessed February 19, 2008.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Guidelines: 2008 Child & Adolescent Immunization Schedules. Available at: http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/child-schedule.htm. Accessed February 19, 2008.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommended Immunization Schedules for Children and Adolescents—United States, 2007. Pediatrics 119(1): 207–208, 2007.
8. AHRA Guide to Clinical Preventive Services. Available at: http://www.ahra.gov/clinic/cps3dix.htm. Accessed July 10, 2008.
9. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, 4th ed. Washington, DC: American Academy of Pediatrics, 1997.
10. Fuloria M, Kreiter S. The newborn examination: part 1. Emergencies and common abnormalities involving the skin, head, neck, chest, and respiratory and cardiovascular system. Am Fam Phys 65(1):61–68.
11. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K. Ballard scoring system for determining gestational age in weeks. J Pediatr 119:417, 1991.
12. Brazelton TB. Working with families: opportunities for early intervention. Pediatr Clin North Am 42(1):1–9, 1995.
13. Johnson CP, Blasco PA. Infant growth and development. Pediatr Rev 18(7):224–242, 1997.
14. Colson ER, Dworkin PH. Toddler development. Pediatr Rev 18(8):255–259, 1997.
15. Copelan J. Normal speech and development. Pediatr Rev 18:91–100, 1995.
16. Fong CT. Clinical diagnosis of genetic diseases. Pediatr Ann 22(5):277–281, 1993.
17. Hyvarinen L. Assessment of visually impaired infants. Ophthalm Clin North Am 7:219, 1994.
18. Lees MH. Cyanosis of the newborn infant: recognition and clinical evaluation. J Pediatr 77:484, 1970.
19. Gessner IH. What makes a heart murmur innocent? Pediatr Ann 26(2):82–84, 87–88, 90–91, 1997.
20. Callahan CW Jr, Alpert B. Simultaneous percussion auscultation technique for the determination of liver span. Arch Pediatr Adolesc Med 148(8):873–875, 1994.
21. Reiff MI, Osborn LM. Clinical estimation of liver size in newborn infants. Pediatrics 71:46–48, 1983.
22. Burger BJ, Burger JD, Bos CF, et al. Neonatal screening and staggered early treatment for congenital dislocation or dysplasia of the hip. Lancet 336(8730):1549–1553, 1990.
23. Zafeiriou DI. Primitive reflexes and postural reactions in the neurodevelopmental examination. Pediatr Neurol 31(1):1–8, 2004.
24. Schott JM, Rossor MN. The grasp and other primitive reflexes. J Neurol Neurosurg Psychiatry 74(5):558–560, 2003.
25. Luiz DM, Foxcroft CD, Stewart R. The construct validity of the Griffiths Scales of Mental Development. Child Care Health Dev 27:73–83, 2001.
26. Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff JP, et al. An epidemiologic profile of children with special health care needs. Pediatrics 102:117–123, 1998.
27. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA 295:1549–1555, 2006.
28. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 114:555–576, 2004.
29. Shamis, DI. Collecting the "facts": vision assessment techniques: perils and pitfalls. Am Orthop J 46:7, 1996.
30. Rothman R, Owens T, Simel DL. Does this child have acute otitis media? JAMA 290:1633–1640, 2003.
31. Blomgren K, Pitkaranta A. Current challenges in diagnosis of acute otitis media. Intl J Ped Otorhinolaryn 69(3):295–299, 2005.
32. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. BMJ 327(7421):967, 2003.
33. Wolf G, Anderhuber W, Kuhn F. Development of the paranasal sinuses in children: implications for paranasal sinus surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol 102(9):705–711, 1993.
34. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet 369(9555):51–59, 2007.
35. Lunt RC, Law DB. A review of the chronology of eruption of deciduous teeth. J Am Dent Assoc 89:872, 1974.
36. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, et al. Does this patient have strep throat? JAMA 284:2912–2918, 2000.
37. Centers for Disease Control and Prevention. National Surveillance for Asthma—United States, 1980–2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 56:1–60, 2007.
38. Tucker WN, Saab S, Leland SR, et al. The scratch test is unreliable for determining the liver edge. J Clin Gastroenterol 25:410–414, 1997.
39. Ashcraft KW. Consultation with the specialist: acute abdominal pain. Pediatr Rev 21:363–367, 2000.
40. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. Pediatr Rev 17(7): 236–249; quiz, 249–250, 1996.
41. Scherl S. Common lower extremity problems in children. Pediatr Rev 25:43–75, 2004.
42. Bruce RW. Torsional and angular deformities. Pediatr Clin North Am 43:867–881, 1996.
43. Elster AB, Kuznets MJ. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1993.
44. ACOG Committee. Opinion no. 350, November 2006: Breast concerns in the adolescent. Obstet Gynecol 108(5):1329–1336, 2006.
45. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings Network. Pediatrics 99(4): 505–512, 1997.
46. Metzl JD. Preparticipation examination of the adolescent athlete: part 1. Pediatr Rev 22(6):119–204, 2001.
47. Metzl JD. Preparticipation examination of the adolescent athlete: part 2. Pediatr Rev 22(7):227–239, 2001.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

American Academy of Pediatrics. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008.

Bergen D. Human Development: Traditional and Contemporary Theories. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall, 2008.

Burns CE, Dunn AM, Brady MA, et al. Pediatric Primary Care: A Handbook for Nurse Practitioners, 3rd ed. St. Louis: Saunders, 2004.

Colyar MR. Well-child Assessment for Primary Care Providers. Philadelphia: FA Davis, 2003.

Cote P, Kreitz BG, Cassidy JD, et al. A study of the diagnostic accuracy and reliability of the scoliometer and Adam's forward bend test. Spine 23:796–802; discussion, 803, 1998.

Dixon SD, Stein MT. Encounters with children: pediatric behavior and development, 4th ed. Philadelphia: Mosby, 2006.

Dubowitz LMS, Dubowitz V, Mercuri E. The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant, 2nd ed. Clinics in Developmental Medicine, no. 148. London: Cambridge University Press, 1999:1–155.

Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Fenichel G. Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach, 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2005.

Fuloria M, Kreiter S. The newborn examination: Part 2. Emergencies and common abnormalities involving the abdomen, pelvis, extremities, genitalia, and spine. Am Fam Phys 65(2):265–270, 2002.

Korovessis PG, Stamatakis MV. Prediction of scoliotic Cobb angle with the use of the scoliometer. Spine 21:1661–1666, 1996.

Naylor CD. The rational clinical examination: physical examination of the liver. JAMA 271:1859–1865, 1994.

Neinstein LS. Adolescent Health Care: A Practical Guide, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Sass P, Hassan G. Lower extremity abnormalities in children. Am Fam Phys 68:661–668, 2003.

Stellwagen L, Boies E. Care of the well newborn. Pediatr Rev 27(3):89–98, 2006.

Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM. Neurologic examination of the term and preterm infant. In: Pediatric Neurology: Principles & Practice, 4th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006:47–64.

Viviani GR, Budgell L, Dok C, et al. Assessment of accuracy of the scoliosis school screening examination. Am J Public Health 74:497–498, 1984.

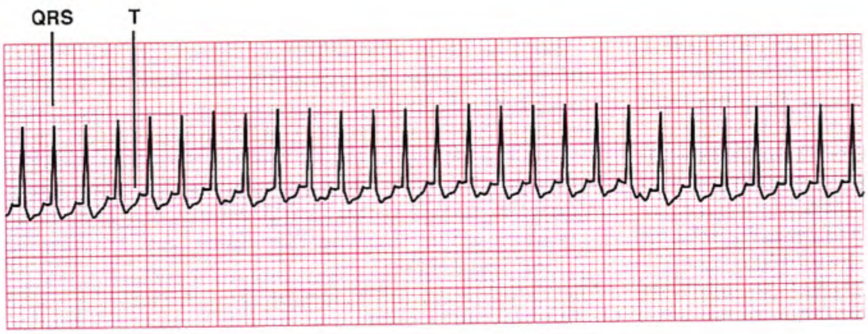
Wallace GB, Newton RW. Gowers' sign revisited. Arch Dis Child 64:1317–1319, 1989.

Zitelli BJ, Davis HW. Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, 4th ed. St. Louis: Mosby, 2002.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

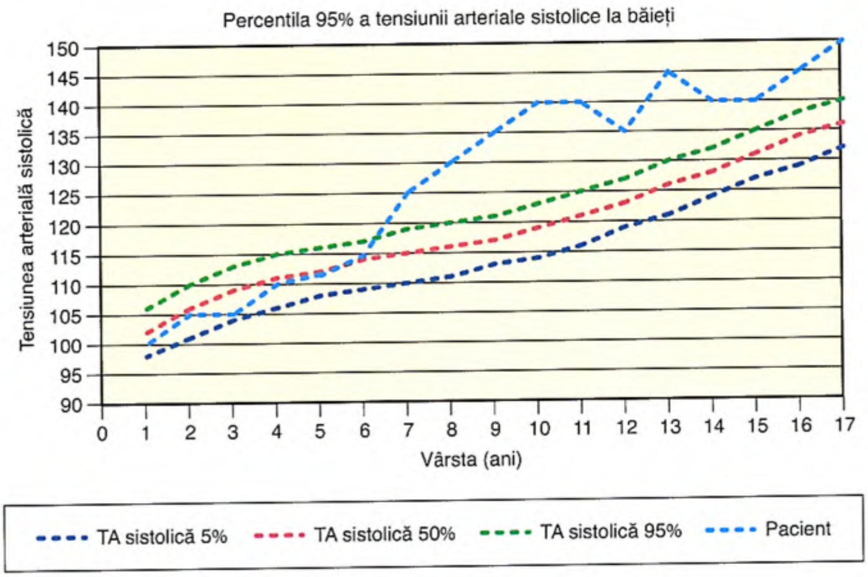
Aspecte patologice ale ritmului cardiac și tensiunii arteriale



Tahicardia supraventriculară

Tahicardia paroxistică supraventriculară (TPSV) este cea mai frecventă aritmie întâlnită la copil. Unii sugari cu TPSV au stare generală bună sau pot prezenta ușoară paloare și tahipnee, dar au o frecvență cardiacă de 240 bătăi pe minut sau mai mare. Alții pot avea stare generală alterată și colaps cardiocirculator.

De obicei, la sugari TPSV este susținută și necesită tratament medical pentru conversia la frecvența și ritmul normal. La copiii mai mari TPSV tinde să prezinte caracter paroxistic, cu episoade ce variază ca durată și frecvență.



Hipertensiunea arterială la copii – un exemplu tipic[28]

Hipertensiunea arterială poate debuta în copilărie. În timp ce la copiii mici hipertensiunea arterială este de obicei de cauză renală, cardiacă sau endocrină, la adolescenți este mai frecvent întâlnită hipertensiunea primară sau esențială.

Copilul din exemplu a dezvoltat hipertensiune arterială, fiind urmărit până la vârsta de adult. Copiii tind să se mențină pe aceeași percentilă a tensiunii arteriale pe măsură ce cresc. Traseul tensiunii arteriale se continuă și la vârsta adultă, ceea ce susține ipoteza debutului încă din copilărie a hipertensiunii arteriale esențiale.

Consecințele hipertensiunii arteriale netratate pot fi severe.

PLANȘA 18-2

Erupții și leziuni cutanate frecvent întâlnite la nou-născuți și sugari



Eritem toxic
Pustule albe sau gălbui înconjurate de un halou eritematos.



Acnee neonatală
Pustule şi papule eritematoase localizate predominant la nivelul obrajilor şi nasului, apar în mod normal la unii nou-născuţi.



Dermatita seboreică
Erupţie de culoarea somonului, scuamoasă, la nivelul feţei, gâtului, axilei, în zona scutecului şi retroauricular.

Corp şi extremităţi





Dermatita atopică (eczema)
Zone cutanate eritematoase, scuamoase, uscate şi cu prurit intens (inclusiv la nivelul flexurilor) sunt caracteristice pentru această afecţiune.





Neurofibromatoza
Trăsăturile caracteristice includ un număr mai mare de 5 pete café-au-lait şi efelide axilare, ambele ilustrate mai sus. În faza avansată a bolii se constată neurofibroame şi noduli Lish (nu sunt prezentate în imagini).

Zona de scutec



Dermatita candidozică de scutec
Erupţie roşu-aprins ce implică pliurile intertriginoase, cu mici „leziuni satelite" pe margini.



Dermatita de contact
Această erupţie eritematoasă este secundară scaunelor diareice sau iritaţiei şi se observă la nivelul zonelor de contact (în imagine, aria de contact cu scutecul).



Impetigo
Această infecţie este produsă de o bacterie şi are aspect bulos sau este acoperită cu cruste galbene de puroi.

PLANȘA 18-3

Veruci, leziuni asemănătoare cu verucile și alte leziuni papuloase



Veruca vulgară
Veruci uscate, rugoase, la nivelul mâinilor



Veruca plană
Veruci mici, aplatizate



Veruci plantare
Veruci dureroase pe suprafața plantară a piciorului



Molluscum contagiosum
Leziuni cutanate verucoase proeminente, cu vârf rotunjit





Acneea adolescentului
La adolescenți acneea constă în comedoane deschise (puncte negre) și comedoane închise (puncte albe) ilustrate în stânga și pustule inflamate (ilustrate în dreapta)

PLANȘA 18-4

Leziuni cutanate frecvente în copilărie



Mușcătura de insecte
Leziuni caracterizate prin papule roșii, distincte, intens pruriginoase



Urticaria
Reacția de sensibilizare alergică, pruriginoasă, care își schimbă rapid forma



Tinea capitis
Zone de alopecie cu scuame și cruste la nivelul scalpului, asociate cu placarde dureroase (kerion) și limfadenopatie occipitală *(săgeata)*



Tinea corporis
Leziuni eritematoase de formă inelară, cu centrul decolorat și margini supradenivelate.

(Sursa tuturor imaginilor cu excepția *Urticaria* – Goodheart H. A Photoguide of Common Skin Disorders. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999.)

Aspecte anormale ale extremităţii cefalice



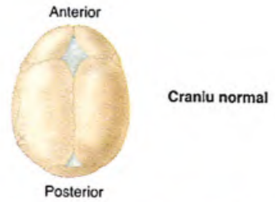
Cefalhematomul

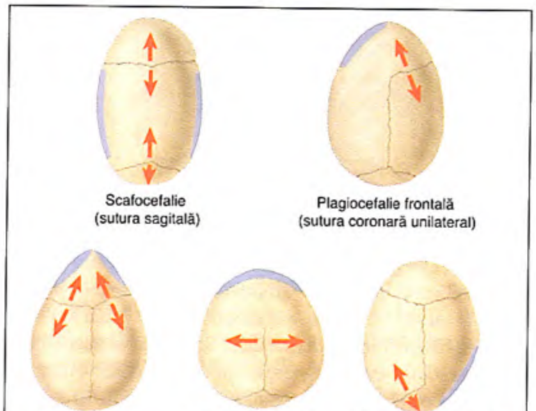
Cefalhematomul, o colecţie sanguină localizată subperiostal, nu este prezent la naştere, dar apare în primele 24 de ore ca urmare a ruperii vaselor epicraniene produsă de traumatismul naşterii. Aşa cum se observă în imaginea de mai sus, tumefacţia nu depăşeşte suturile craniene, dar uneori, în cazul unor naşteri laborioase, poate fi bilaterală. Iniţial, la palpare colecţia este moale, apoi în câteva zile dezvoltă o margine proeminentă mai dură prin depuneri de calciu la nivelul periostului. De obicei se remite în câteva săptămâni.



Hidrocefalia

În hidrocefalie fontanela anterioară bombează, iar globii oculari sunt deviaţi în jos, astfel încât sclera superioară devine vizibilă şi ochii au aspect în "*apus de soare*", aşa cum se observă mai sus. Semnul ochilor în "apus de soare" poate fi prezent pentru scurt timp şi la unii nou-născuţi normali. (După Zitelli BJ, Davis HW. Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, 3rd ed. St. Louis, Mosby-Year Book, 1997. Prin amabilitatea dr. Albert Briglan, Children's Hospital of Pittsburgh.)





Craniosinostoza

Craniosinostoza (craniostenoza) este o afecţiune caracterizată prin osificarea şi închiderea prematură a uneia sau mai multor suturi craniene. Ca urmare craniul are o formă anormală, deoarece creşterea şi dezvoltarea au loc doar prin intermediul suturilor neafectate, nu şi la nivelul suturilor obliterate. Imaginile demonstrează diferite forme ale cutiei craniene corespunzătoare fiecărui tip de craniostenoză. În fiecare imagine linia de sutură închisă prematur este absentă (nu este reprezentată grafic). Scafocefalia şi plagiocefalia frontală sunt cel mai des întâlnite. *Zonele albastre* reprezintă ariile cele mai aplatizate. *Săgeţile roşii* arată direcţia normală pe care se continuă creşterea la nivelul suturilor neafectate.

PLANȘA 18-6

Tipuri caracteristice de facies la sugar și copil

Sindromul de alcoolism fetal



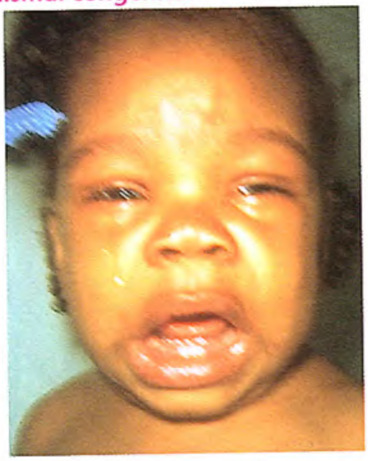
Copiii născuți din mame cu alcoolism cronic prezintă risc crescut pentru deficit de creștere, microcefalie și retard mintal. Caracteristicile faciale includ fante palpebrale înguste, filtru larg și aplatizat (șanțul vertical de pe linia mediană a buzei superioare) și buze subțiri.

Sifilisul congenital



Infecția in utero cu *Treponema pallidum* se produce de regulă după săptămâna 16 de gestație și afectează aproape toate organele fetale. Dacă nu este tratată, 25% din copiii infectați mor înainte de naștere, iar alți 30% mor imediat după naștere. La cei care supraviețuiesc semnele bolii apar în prima lună de viață. Caracteristicile faciale includ proeminența oaselor frontale și prăbușirea piramidei nazale (*nas în șa*), cauzate de periostită; rinită secretorie prin lezarea mucoasei nazale (*coriza luetică*); și exantem perioral. Inflamația cutaneomucoasă și fisurile de la nivelul cavității bucale și buzelor (*ragade*), neilustrate în imagine, pot fi de asemenea caracteristice sifilisului congenital, ca și craniotabesul, periostita tibială (*tibia în iatagan*) și displazia dentară (*dinți Hutchinson* – vezi pag. 278).

Hipotiroidismul congenital



Copilul cu hipotiroidism congenital *(cretinism)* prezintă trăsături faciale aspre, linia de implantare a părului joasă, sprâncene rare și macroglosie. Alte aspecte asociate includ plâns răgușit, hernie ombilicală, extremități reci și uscate, mixedem, tegumente marmorate și retard mintal. Majoritatea sugarilor cu hipotiroidism congenital nu prezintă semne fizice distinctive; de aceea în Statele Unite și în majoritatea țărilor dezvoltate se practică screeningul pentru hipotiroidism congenital în cazul tuturor nou-născuților.

Paralizia de nerv facial



Paralizia facială periferică (de neuron motor inferior) poate avea mai multe cauze: (1) lezarea nervului prin presiune în timpul travaliului și nașterii, (2) inflamația ramurii nervoase care inervează urechea medie în cursul unor episoade de otită medie acută sau cronică, sau (3) poate fi idiopatică (paralizia Bell). Șanțul nazolabial de partea afectată stângă este șters, iar ochiul nu se închide. Acest aspect se accentuează în timpul plânsului (vezi imaginea). Recuperarea completă se produce la ≥90% din copiii afectați.

(planșa se continuă la pagina 861)

Sindromul Down



Copilul cu sindrom Down (trisomia 21) prezintă de regulă un craniu mic, rotund, piramida nazală aplatizată, fante palpebrale oblice, epicantus marcat, urechi mici în formă de scoică, jos implantate, şi macroglosie relativă. Alte semne asociate includ hipotonie generalizată, şanţ palmar unic transversal (*pliu simian*), degetul V scurt şi curbat (*clinodactilie*), pete Brushfield (vezi pag. 862) şi retard mintal.

Sindromul copilului bătut



Copilul abuzat fizic (bătut) prezintă echimoze vechi *şi* recente la nivelul capului şi feţei, arată trist şi însingurat, sau dimpotrivă caută să mulţumească pe cei din jur, iar uneori este ataşat şi grijuliu chiar faţă de părintele care îl abuzează. Alte caracteristici sunt: echimoze în zone rareori expuse la traumatisme (arii axilare sau inghinale) mai frecvent decât la nivelul proeminenţelor osoase; fracturi de craniu, coaste sau oase lungi, aflate în diferite stadii de vindecare, evidenţiate prin imagini radiologice; leziuni cutanate cu aspect morfologic asemănător cu obiectele folosite în producerea traumatismului (mână, catarama de la curea, cordon, funie, umeraş de haine, sau ţigări aprinse).

Rinita alergică persistentă



Copilul cu rinită alergică persistentă stă cu gura deschisă (nu poate respira pe nas), iar pliurile orbitopalpebrale inferioare prezintă edem şi pigmentare („ochiul vânăt alergic"). În mod caracteristic, acesta îşi freacă nasul printr-o mişcare transversală şi ascendentă a mâinii, cu palma orientată în sus („salutul alergic"), pentru a reduce pruritul şi obstrucţia nazală. (Imagini reproduse cu permisiune după Marks MB. Allergic shiners: dark circles under the eyes in children. Clin Pediatr 5:656, 1966.)

Hipertiroidismul





Tireotoxicoza (*boala Graves*) este întâlnită la 2 din 1000 de copii cu vârsta mai mică de 10 ani. Copiii afectaţi prezintă metabolism intens şi creştere liniară accelerată. Aspectele faciale caracteristice ilustrate de această fetiţă în vârstă de 6 ani sunt ochii „holbaţi" (şi nu exoftalmie, care este rară la copii) şi mărirea de volum a glandei tiroide (*guşă*). Vezi pag. 281.

Aspecte patologice ale ochilor, urechilor şi cavităţii bucale

Aspecte patologice ale ochilor



Petele Brushfield
Acest aspect anormal de iris pătat sugerează sindromul Down.



Strabismul
Strabismul, sau lipsa de paralelism a axelor vizuale a globilor oculari, poate duce la afectarea vederii. Esotropia, ilustrată în imagine, reprezintă deviaţia oculară internă.

Aspecte patologice ale urechilor



Otita medie
Otita medie este una din cele mai frecvente afecţiuni ale copilului mic. Otita medie poate avea mai multe forme, ilustrate mai sus. (A) Otită medie acută tipică, cu membrana timpanică congestivă, deformată şi bombată la un copil cu simptome caracteristice. (B) Otită medie acută cu formare de bule şi lichid vizibil în spatele timpanului. (C) Otită medie purulentă cu lichid galben în spatele unui timpan retractat şi îngroşat.

(Sursa imaginilor: Otita medie – prin amabilitatea lui Alejandro Hoberman, Children's Hospital of Pittsburgh, University of Pittsburgh.)

Aspecte patologice ale cavităţii bucale



Candidoza orală (muguet)
Această infecţie este frecventă la sugari. Depozitele albe sunt aderente.



Stomatita herpetică
Ulceraţiile dureroase ale mucoasei bucale sunt înconjurate de un halou eritematos.

PLANŞA 18-8

Aspecte patologice ale dinţilor, faringelui şi gâtului

Aspecte patologice ale dinţilor

Cariile dentare

Cariile dentare reprezintă o problemă globală şi pediatrică majoră de sănătate. Fotografiile de mai jos prezintă diverse caracteristici ale cariilor.



Caria de biberon



Eroziuni ale dinţilor

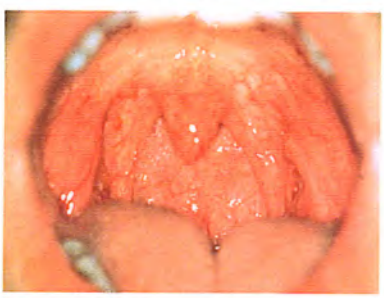


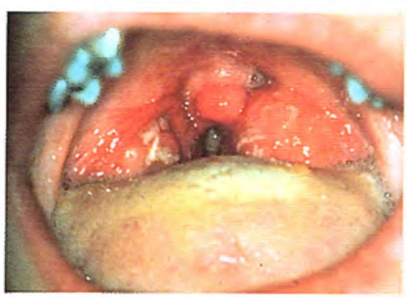
Eroziuni severe

Dinţii pătaţi

Pătarea dinţilor la copii poate avea mai multe cauze, cum ar fi administrarea de tetraciclină care produce pete intrinseci (dreapta), sau igiena orală precară care determină pete extrinseci (nu sunt ilustrate). Petele extrinseci pot fi îndepărtate.

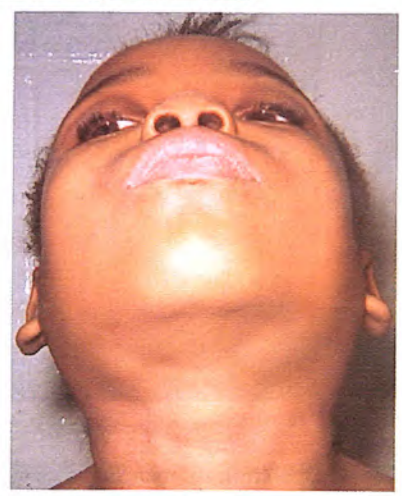






Faringita streptococică („roşul în gât")

Această infecţie frecventă a copilăriei se manifestă clasic prin hiperemia faringelui posterior şi peteşii palatine *(stânga)*. Deseori se observă şi un exsudat cu miros fetid *(dreapta)*.



Limfadenopatia

Ganglionii limfatici cervicali măriţi de volum şi dureroşi se întâlnesc frecvent la copii. Cauzele cele mai frecvente sunt reprezentate de infecţiile virale şi bacteriene. Tumefacţia ganglionară poate fi bilaterală, aşa cum se observă mai sus.

Sursa imaginilor: *Cariile dentare şi dinţii pătaţi* – prin amabilitatea American Academy of Pediatrics; *Faringita streptococică şi limfadenopatia*– Fleisher G, Ludwig S. Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.)

Cianoza la copii

Este important să recunoaşteţi cianoza. Aceasta se observă cel mai bine la nivelul mucoaselor. Cianoza se identifică prin nuanţa sa violacee, faţă de culoarea normală a mucoaselor care este roz. Încercaţi să determinaţi prezenţa cianozei în aceste imagini înainte de a citi descrierea.



Cianoza generalizată
Acest copil prezintă anomalie de întoarcere venoasă pulmonară totală şi are un nivel de saturaţie în oxigen de 80%.



Cianoza periorală
Acest copil prezintă cianoză uşoară periorală, dar culoarea mucoaselor se menţine roz.



Cianoza aparentă (buze vineţii)
Depozitele normale de pigment din marginea vermilion a buzelor le conferă acestora o nuanţă albăstrui-vineţie, dar mucoasele sunt de culoare roz.



Acrocianoza
Acest aspect apare frecvent la nivelul picioarelor şi mâinilor imediat după naştere. Acest nou-născut are o vârstă de gestaţie de 32 de săptămâni.

(Sursa imaginilor: Fletcher M. Physical Diagnosis in Neonatology. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998.)

PLANȘA 18-10 Sufluri cardiace congenitale

Unele sufluri cardiace reflectă o boală cardiacă organică subiacentă. După ce veți înțelege mecanismul lor patogenic, le veți putea identifica și diferenția de sufluriłe cardiace funcționale (inocente, neorganice). Leziunile obstructive sunt cele în care fluxul sanguin traversează valve prea înguste. Deoarece această situație nu depinde de scăderea bruscă a rezistenței vasculare pulmonare ce se produce imediat după naștere, aceste sufluri se percep încă de la naștere. Pe de altă parte, defectele cu șunt stânga-dreapta depind însă de această scădere a rezistenței vasculare pulmonare. Șunturile cu presiune ridicată, cum sunt cele din defectul septal ventricular, persistența de canal arterial și trunchiul arterial persistent, nu pot fi percepute mai devreme de 1 săptămână sau mai mult după naștere. Șunturile stânga-dreapta cu presiune joasă, cum sunt cele din defectul septal atrial, se decelează stetacustic mult mai târziu, de regulă la vârsta de 1 an sau după aceea. Mulți copii cu malformații cardiace congenitale prezintă o combinație de defecte sau variante de anomalii, astfel încât este posibil ca datele obținute în cadrul examinării cardiace să nu corespundă acestor modele clasice. Tabelul de mai jos conține o selecție limitată a defectelor frecvent întâlnite.

Defectul congenital și mecanismul patogenic	Caracteristicile suflului	Semne asociate

Stenoza de valvă pulmonară

Inel valvular normal, cu două sau mai multe foițe valvulare fuzionate, ceea ce determină restricția fluxului sanguin la nivelul valvei

Forma ușoară



Forma severă



Localizare. Parasternal stâng superior

Iradiere. În stenoza cu grad mic, suflul poate fi auzit pe traiectul arterelor pulmonare în câmpurile pulmonare.

Intensitate. Intensitatea și durata suflului crește proporțional cu gradul de obstrucție.

Caracter. Suflu de ejecție, al cărui vârf maxim este atins cu atât mai târziu în sistolă, cu cât obstrucția este mai mare

De regulă, un clacment de ejecție distinct în protosistolă

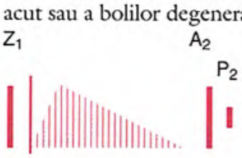
Componenta pulmonară a celui de-al doilea zgomot (P_2) la bază devine întârziată și slabă, și dispare când obstrucția este severă. Suflul devine mai intens în inspir; clacmentul devine mai intens în expir.

Ritmul de creștere poate fi normal.

Nou-născuții cu stenoză severă pot prezenta cianoză din cauza șuntului atrial dreapta-stânga, și dezvoltă rapid insuficiență cardiacă congestivă.

Stenoza de valvă aortică

De regulă, valva este bicuspidă cu obstrucție progresivă, dar poate exista și o valvă displazică sau deformată în urma reumatismului articular acut sau a bolilor degenerative



Localizare. Mediosternal, parasternal drept superior

Iradiere. Spre arterele carotide și incizura suprasternală; poate asocia freamăt

Intensitate. Variabilă, crește odată cu severitatea obstrucției

Caracter. Suflu de ejecție sistolic, deseori aspru

Se poate asocia cu un clacment de ejecție

Zgomotul de închidere aortic poate fi întărit. Poate apărea și un suflu diastolic de regurgitare aortică. Nou-născuții cu stenoză severă prezintă puls slab sau absent și insuficiență cardiacă congestivă severă. Poate scăpa detectării prin auscultație până la vârsta de adult, chiar dacă valva este anormală congenital.

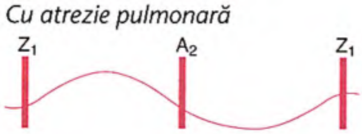
Tetralogia Fallot

Anomalie complexă cu defect septal ventricular, obstrucție infundibulară a VD și stenoză valvulară pulmonară, malrotația aortei (dextropoziție) și șunt dreapta-stânga la nivelul septului interventricular

Cu stenoză pulmonară



Cu atrezie pulmonară



Aspect general. Cianoză variabilă, accentuată la efort fizic

Localizare. Parasternal stâng medio-superior. În atrezia pulmonară nu există suflu sistolic, ci un suflu continuu caracteristic canalului arterial localizat parasternal stâng superior sau paravertebral.

Iradiere. Restrânsă, spre zona parasternală stângă superioară și uneori spre câmpurile pulmonare

Intensitate. De regulă, gradul III-IV

Caracter. Suflu sistolic de ejecție, cu vârful maxim în mezosistolă

Pulsul este normal

Zgomotul de închidere pulmonar de regulă nu se aude. Prezintă crize anoxice, cu cianoză marcată apărută brusc, sete de aer și alterarea stării de conștiență

Deficit de creștere ponderală cu cianoză persistentă și din ce în ce mai severă

Cianoza persistentă pe termen lung duce la apariția hipocratismului digital

Hipoxemia persistentă duce la apariția policitemiei, care va accentua cianoza

(planșa se continuă la pagina 866)

Sufluri cardiace congenitale (continuare)

Defectul congenital și mecanismul patogenic	Caracteristicile suflului	Semne asociate

Transpoziția de vase mari

Anomalie severă produsă prin lipsa de rotație a vaselor mari, astfel încât aorta ia naștere din ventriculul drept, iar trunchiul arterial pulmonar din ventriculul stâng

Aspect general. Cianoză intensă generalizată

Localizare. Nu există un suflu caracteristic. Dacă există, atunci reflectă un defect asociat, cum ar fi DSV.

Iradiere și caracter. Depind de anomaliile asociate

Zgomotul doi unic și întărit dat de valva aortică anterioară

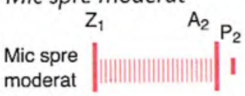
De obicei dezvoltă rapid insuficiență cardiacă congestivă

Asociază frecvent alte defecte cardiace

Defectul septal ventricular

Pasajul fluxului sanguin din ventriculul stâng cu presiune înaltă, printr-un defect septal, în ventriculul drept cu presiune joasă produce o turbulență, de regulă pe toată durata sistolei.

Mic spre moderat



Localizare. Parasternal stâng inferior

Iradiere. Restrânsă

Intensitate. Variabilă, numai parțial influențată de dimensiunea șuntului. Șunturile mici cu gradient mare de presiune pot determina un suflu foarte intens. În defectele mari cu rezistență vasculară pulmonară crescută, suflul poate fi absent. Suflul are grad II-IV/VI și este însoțit de freamăt de la gradul IV în sus.

Caracter. Suflu pansistolic, de regulă aspru, care poate acoperi Z_1 și Z_2 când este foarte intens

În șunturile mari, poate apărea la apex un suflu mezodiastolic de frecvență joasă, ce corespunde unei stenoze mitrale relative.

Intensitatea componentei pulmonare a zgomotului doi la bază crește odată cu creșterea presiunii în artera pulmonară. Când presiunea din artera pulmonară ajunge să egaleze valoarea presiunii aortice, suflul poate fi absent, iar P_2 este foarte întărit.

Creșterea este normală în șunturile cu volum mic.

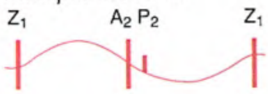
În șunturile largi insuficiența cardiacă congestivă apare la vârsta de 6-8 săptămâni; deficit de creștere ponderală.

Defectele asociate sunt frecvente.

Persistența canalului arterial

Circulație continuă din aortă spre artera pulmonară pe tot parcursul ciclului cardiac, când canalul arterial nu se închide după naștere

Mic spre moderat



Localizare. Parasternal stâng superior și către stânga

Iradiere. Uneori interscapulovertebral

Intensitate. Variază în funcție de dimensiunea șuntului, de regulă de grad II-III/VI.

Caracter. Suflu în tunel, uneori "de mașinărie", continuu pe toată durata ciclului cardiac, deși uneori este aproape imperceptibil în telediastolă, neîntrerupt de zgomotele cardiace, mai intens în sistolă

Puls amplu și săltăreț

Se detectează la naștere la un prematur care prezintă puls săltăreț, arie precordială hiperdinamică și suflu atipic

La nou-născutul la termen este detectat mai târziu, după ce se prăbușește rezistența vasculară pulmonară

Când șuntul este larg, se dezvoltă insuficiență cardiacă congestivă la vârsta de 4-6 săptămâni

Deficit de creștere ponderală corelat cu dimensiunea șuntului

Hipertensiunea pulmonară modifică suflul după cum s-a descris mai sus

Defectul septal atrial

Șunt stânga-dreapta la nivelul unei comunicări anormale în septul atrial, uneori la diferite niveluri



Localizare. Parasternal stâng superior

Iradiere. Interscapulovertebral

Intensitate. Variabilă, de regulă de gradul II-III/VI

Caracter. De ejecție, dar fără să fie aspru

Zgomotul doi dedublat larg pe toată durata ciclului respirator, cu intensitate normală

De obicei nu se aude până la vârsta de 1 an

Curba dezvoltării ponderale se reduce progresiv odată cu creșterea șuntului

Toleranță la efort diminuată, subtilă, dar nu marcată

Insuficiența cardiacă congestivă este rară

PLANŞA 18-11

Semne fizice de abuz sexual

Indicii probabile

1. Dilataţie marcată şi rapidă a anusului în poziţia genu-pectorală, fără constipaţie, materii fecale în ampulă, sau afecţiuni neurologice
2. Incizuri sau fisuri ale himenului extinse cu mai mult de 50% faţă de inelul himenal inferior (confirmate în poziţia genu-pectorală)
3. Condiloame acuminate la un copil cu vârsta mai mare de 3 ani
4. Echimoze, eroziuni, laceraţii sau urme de muşcătură la nivelul labiilor sau ţesutului perihimenal
5. Herpes anogenital în afara perioadei neonatale
6. Secreţii vaginale purulente şi cu miros fetid la fetiţe (efectuaţi culturi şi frotiuri pentru examinare la microscop din orice secreţie vaginală pentru identificarea bolilor cu transmitere sexuală)

Indicii sigure

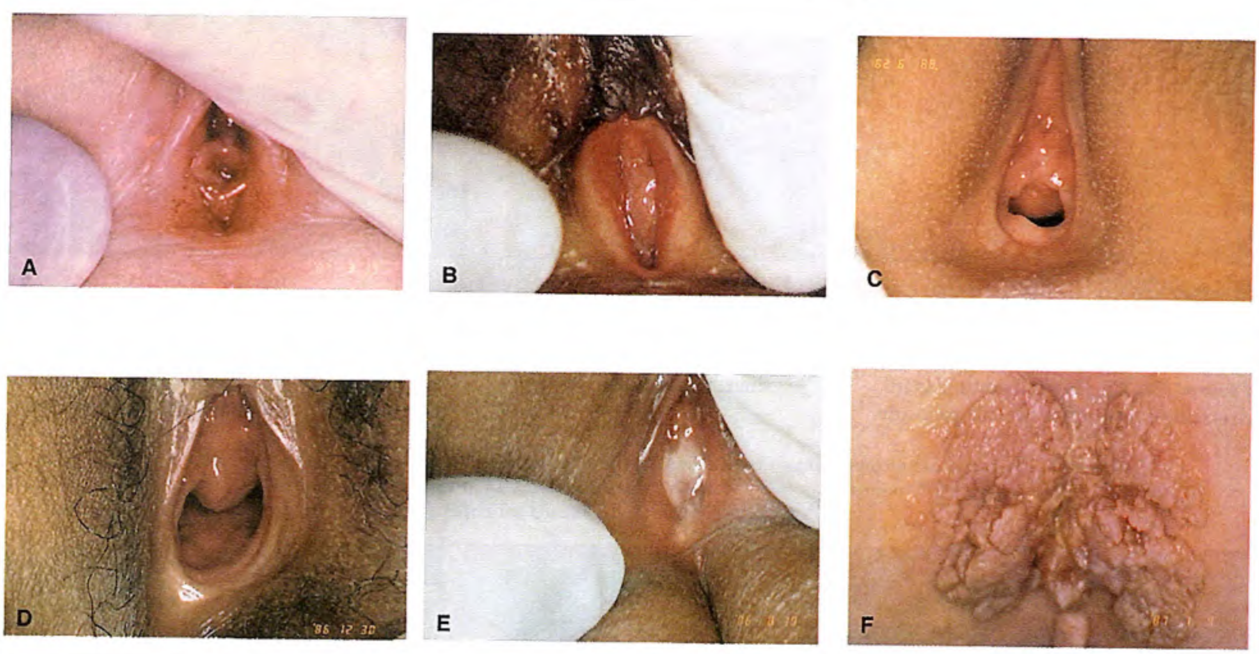
1. Laceraţii, echimoze şi cicatrici recent vindecate ale himenului sau ale frenulum (pliul care uneşte posterior labiile mici)
2. Ţesut himenal absent în jumătatea inferioară a inelului himenal (confirmat în diferite poziţii)
3. Secţionare vindecată a himenului, mai ales în jumătatea inferioară (fisură completă)
4. Laceraţii perianale care se extind la sfincterul extern

Copilul care prezintă semne fizice îngrijorătoare trebuie evaluat de către un specialist în abuzul sexual prin anamneză şi examen specific complet.

Orice semn fizic trebuie interpretat în raport cu anamneza, alte aspecte ale examenului fizic şi datele de laborator.

Legenda imaginilor

(A) Echimoze şi hemoragie acută a ţesuturilor (vârsta de 10 luni)
(B) Eritem şi eroziuni superficiale ale labiilor mici (vârsta de 5 ani)
(C) Discontinuitate cicatrizată a membranei himenului "în dreptul orei 9" (vârsta de 4 ani)
(D) Inelul posterior îngustat se continuă cu planşeul vaginal (vârsta de 12 ani)
(E) Secreţii vaginale abundente şi eritem (vârsta de 9 ani)
(F) Condiloame extinse în jurul anusului (vârsta de 2 ani)

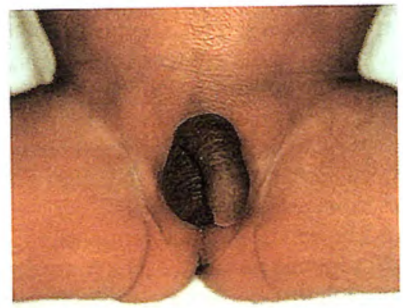


Sursă: Reece R, Ludwig S, eds. Child Abuse Medical Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.)

PLANŞA 18-12

Sistemul urogenital masculin





Hipospadias

Hipospadias este malformaţia congenitală peniană cea mai frecventă. Meatul uretral se deschide anormal pe suprafaţa ventrală a penisului. Una din forme este ilustrată mai sus; în formele severe meatul uretral se deschide mai jos pe corpul penisului sau la nivelul scrotului.

Testicule necoborâte în scrot

Trebuie să faceţi distincţie între testiculele necoborâte, situaţie ilustrată mai sus (cu testiculele aflate în canalul inghinal) şi testiculele flotante, retractile datorită unui reflex cremasterian activ.

(Sursa imaginilor: *Hipospadias* – prin amabilitatea Warren Snodgrass, MD, UT - Southwestern Medical Center at Dallas; *Testicule necoborâte în scrot* – Fletcher M. Physical Diagnosis in Neonatology. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998.)

PLANŞA 18-13

Aspecte osteomusculare frecvente la copiii mici



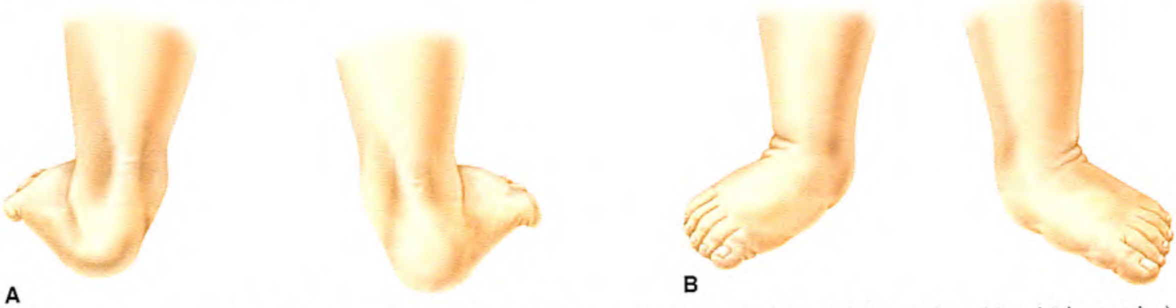
Piciorul plat sau platfus datorat laxităţii structurilor ţesuturilor moi ale piciorului.



Inversia piciorului *(varus)*



Metatarsus adductus la copil. Partea ventrală a piciorului este în adducţie, dar nu şi inversată.



Pronaţia la ante-preşcolari. (A) Când este privit din spate, partea posterioară a piciorului se află în eversiune (răsucită în exterior). (B) Când este privit din faţă, partea anterioară a piciorului se află în eversiune şi abducţie.

PLANȘA 18-14

Importanța profilaxiei: bolile care pot fi prevenite prin vaccinare

Această planşa conţine imagini ale unor copii care prezintă boli ce pot fi evitate prin imunoprofilaxie. La nivel mondial, vaccinarea din copilărie este considerată cea mai importantă intervenţie medicală în ceea ce priveşte impactul asupra sănătăţii publice. Prin vaccinare se intenţionează eradicarea multora dintre aceste afecţiuni, însă trebuie să ştiţi să le identificaţi. Încercaţi să recunoaşteţi bolile prezentate în fotografii înainte de a citi descrierea.



Poliomielita
Membrul inferior deformat al acestui copil este consecinţa poliomielitei.



Rujeola
Exantemul caracteristic din rujeolă



Rubeola
Copil născut cu sindromul de rubeolă congenitală



Tetanos
Nou-născut cu rigiditate tipică pentru tetanos neonatal



Haemophilus influenzae tip b
Celulită periorbitală determinată de această infecţie bacteriană invazivă



Varicela
Sugar cu formă severă de varicelă

(Sursa imaginilor: Polio – prin amabilitatea World Health Organization; *Haemophilus influenzae* – prin amabilitatea American Academy of Pediatrics; *Varicela* – prin amabilitatea Barbara Watson, MD, Albert Einstein Medical Center and Division of Disease Control, Philadelphia Department of Health; celelalte prin amabilitatea Centers for Disease Control and Prevention.)

CAPITOLUL

19 Pacienta gravidă

Acest capitol are ca obiectiv anamneza şi examinarea fizică la femeia adultă sănătoasă pe parcursul sarcinii. Tehnicile de examinare sunt similare celor utilizate pentru femeile care nu sunt însărcinate; cu toate acestea, clinicianul trebuie să facă distincţie între schimbările anatomice şi fiziologice determinate de sarcină şi aspectele anormale. Acest capitol subliniază modificările frecvente anatomice şi fiziologice produse pe parcursul sarcinii; aspectele speciale care trebuie urmărite în cadrul anamnezei; şi recomandările privind alimentaţia, activitatea fizică şi screening-ul pentru violenţa domestică (în familie). În final sunt prezentate tehnicile de examinare clasice în îngrijirea prenatală.







ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Modificări hormonale. Pe parcursul sarcinii, modificările hormonale produc schimbări anatomice şi fiziologice considerabile în fiecare din sistemele majore ale organismului. Nivelurile în creştere de estradiol şi progesteron precum şi hormonii secretaţi de placentă, în special gonadotropina corionică umană (HCG), sunt răspunzătoare pentru o mare parte din modificările endocrine şi metabolice legate de sarcină. Pe scurt, aceste modificări complexe sunt următoarele:

- Estradiolul stimulează celulele lactotrofe din *lobul anterior al glandei hipofize*. Aceste celule au capacitatea de a-şi tripla volumul pe măsură ce nivelul tot mai mare de prolactină pregăteşte ţesutul glandei mamare pentru lactaţie.[1]

- *Hipofiza posterioară* depozitează oxitocina şi hormonul antidiuretic (ADH) - HCG reglează receptorii pentru sete şi eliberarea de ADH, ceea ce determină scăderea concentraţiei sodiului seric şi, la unele femei, poliurie.

- *Glanda tiroidă* îşi păstrează dimensiunile normale; cu toate acestea, efectul estrogenilor asupra globulinei de legare a tiroxinei precum şi stimularea receptorului pentru tirotropină (TSH) de către HCG determină fluctuaţii ale nivelurilor T4 şi T3 libere şi ale TSH, care de obicei se menţin în limite normale.[2]

- *Hormonii secretaţi de placentă* contribuie la creşterea *rezistenţei la insulină* în ultimul trimestru de sarcină şi favorizează deplasarea de la metabolismul glucidic la cel lipidic. Rezistenţa la insulină explică hiperglicemia tranzitorie postprandială; cu toate acestea, între mese, nivelul glicemiei à jeun scade din cauza amplificării necesităţilor fătului aflat în dezvoltare şi a utilizării periferice crescute de glucoză.[3]

- Spre finalul perioadei de sarcină, creşterea nivelurilor hormonului eliberator al corticotropinei (CRH) secretat de placentă şi a hormonului adrenocorticotrop (ACTH) produce o „stare de *hipercorticism relativ*" care poate declanşa travaliul. Secreţia CRH de către placentă sugerează că momentul naşterii este determinat de un bioritm placentar.[4]

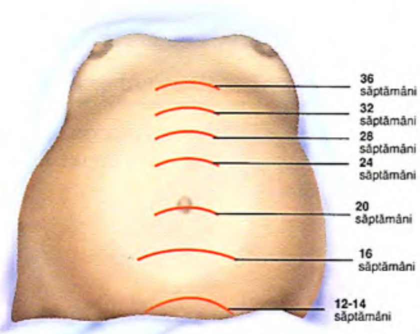
- Creşterea nivelului de *progesteron* are mai multe consecinţe. Deşi frecvenţa respiratorie nu se modifică, volumul respirator curent şi ventilaţia pulmonară cresc, şi pacienta poate acuza dispnee. Progesteronul şi estradiolul scad tonusul sfincterului esofagian, contribuind la apariţia simptomelor de reflux gastroesofagian şi pirozis. De asemenea, progesteronul diminuează tonusul şi activitatea contractilă a ureterelor, cu apariţia hidronefrozei, iar la nivelul vezicii urinare creşte riscul de bacteriurie.

- *Modificările cardiovasculare* în sarcină sunt semnificative. Pentru a satisface necesităţile circulatorii ale uterului gravid, are loc atât creşterea masei eritrocitare cât şi a volumului plasmatic. Cel din urmă va creşte mai mult, având drept consecinţă o hemodiluţie relativă şi anemie fiziologică, ceea ce protejează gravida de pierderea de sânge din cursul naşterii. Debitul cardiac creşte, în timp ce rezistenţa vasculară sistemică şi tensiunea arterială scad.

- *Modificările musculoscheletice*, influenţate de creşterea în greutate şi de hormonul *relaxină* secretat de către corpul luteal (corpus luteum) şi placentă, sunt următoarele: accentuarea lordozei lombare pe măsura dezvoltării uterului gravid, contribuind la disconfortul lombar de cauză mecanică, şi laxitatea ligamentară a articulaţiilor sacroiliace şi a simfizei pubiene necesară pentru a facilita deplasarea fătului prin canalul de naştere.

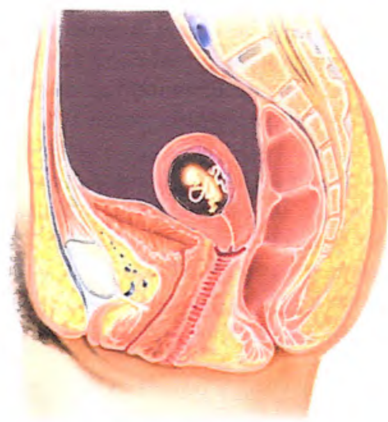
Modificări ale sânilor şi pelvisului. Modificările sânilor şi uterului sunt cele mai vizibile semne de sarcină. Pentru detalii despre anatomia şi fiziologia sânului şi pelvisului, recitiţi secţiunile respective din cadrul Cap. 10, Sânul şi Axila, şi al Cap. 14, Aparatul Genital Feminin.

Sânul. Mărirea de volum a sânilor este moderată, şi reprezintă rezultatul stimulării hormonale, a creşterii vascularizaţiei şi a hiperplaziei ţesutului glandular. Sensibilitatea şi senzaţiile de înţepătură la nivelul sânilor fac investigarea mai dificilă. Din luna a treia de sarcină sânii devin nodulari. Se recomandă ca palparea să fie delicată pentru a evita disconfortul produs de examinarea efectuată pentru depistarea eventualelor formaţiuni mamare. Mameloanele devin mai dezvoltate şi erectile. Din a doua jumătate a sarcinii la exprimarea mamelonului apare *colostrul*, o secreţie densă, gălbuie, bogată în nutrienţi. Areola se hiperpigmentează, iar glandele Montgomery sunt mai pronunţate. Reţeaua venoasă a sânului devine tot mai vizibilă pe măsură ce sarcina progresează.



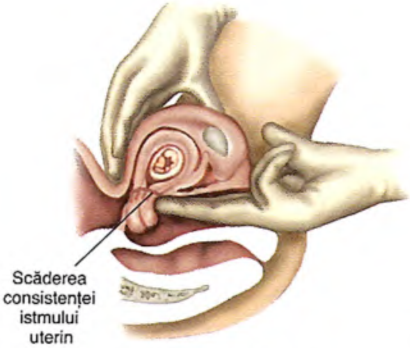
ÎNĂLŢIMEA NORMALĂ A FUNDULUI UTERIN ÎN FUNCŢIE DE SĂPTĂMÂNA DE SARCINĂ

Uterul şi vaginul. Volumul abdomenului se măreşte progresiv pentru a se adapta la creşterea fetală şi la dezvoltarea uterului. Uterul gravid se palpează optim după 12-14 săptămâni, când se măreşte în direcţie cranială faţă de apertura superioară a pelvisului. Imaginea din stânga indică etapele creşterii normale a uterului gravid. Imaginile din dreapta ilustrează conturul abdomenului în ortostatism la primipare în fiecare trimestru de sarcină.[5]



PRIMUL TRIMESTRU

Diagnosticul precoce de sarcină se bazează parţial pe modificările vaginului şi ale uterului. Prin creşterea vascularizaţiei regiunii pelvine, vaginul capătă o coloraţie albăstruie sau violetă, modificare cunoscută sub denumirea de *semnul Chadwick*. Pereţii vaginului devin îngroşaţi şi cu relief accentuat din cauza creşterii grosimii mucoasei, a laxităţii ţesutului conjunctiv şi a hipertrofiei celulelor musculare netede. Secreţiile vaginale devin vâscoase, albe şi mai abundente. Frecvent, aciditatea pH-ului vaginal creşte în urma acţiunii *Lactobacillus acidophilus* asupra nivelurilor mari de glicogen din epiteliul vaginal.[6] Această modificare de pH are rol în protejarea gravidei faţă de unele infecţii vaginale, dar nivelul crescut de glicogen poate contribui la apariţia cu probabilitate mai mare a candidozei vaginale (vezi pag. 550).



SEMNUL HEGAR

La debutul perioadei de gestaţie uterul îşi pierde fermitatea şi rezistenţa anterioare sarcinii. Scăderea consistenţei (înmuierea) istmului la palpare, denumită *semnul Hegar*, reprezintă un indiciu precoce de sarcină, şi este ilustrat în imaginea din stânga.



AL DOILEA TRIMESTRU

Pe măsura evoluţiei sarcinii, greutatea uterului creşte de la 50-70 de grame până la 800-1200 de grame, iar volumul se măreşte de la aproximativ 10 ml la 5 litri. La aceste modificări contribuie hipertrofia celulelor musculare, a masei de ţesut elastic şi fibros, precum şi creşterea dimensiunii şi numărului de vase sanguine şi limfatice.

Pe parcursul dezvoltării, uterul îşi schimbă forma şi poziţia. Uterul negravid se poate afla în poziţie de anteversie, retroversie sau retroflexie. Până la 12 săptămâni de sarcină, uterul gravid este încă un organ pelvin. Indiferent de poziţia iniţială, uterul în dezvoltare ajunge în anteversie şi umple rapid spaţiul ocupat în mod normal de vezica urinară, declanşând golirea frecventă a acesteia. După vârsta de 12 săptămâni de gestaţie, uterul ascensionează în afara pelvisului şi poate fi perceput la palparea abdomenului.



AL TREILEA TRIMESTRU

Uterul în creştere împinge ansele intestinale în direcţie laterală şi superioară, şi produce întinderea ligamentelor de susţinere, ceea ce uneori poate cauza „durerea de ligament rotund" prezentă în cadranele inferioare, predominant de partea dreaptă. Uterul se adaptează la creşterea şi poziţia fătului şi tinde să se rotească spre dreapta, pentru a evita structurile rectosigmoidiene aflate în partea stângă a pelvisului.

Colul uterin şi ovarele. Colul uterin suferă de asemenea modificări de aspect şi consistenţă. *Semnul Chadwick* - scăderea consistenţei şi cianoza colului uterin apărute timpuriu - se menţine pe tot parcursul sarcinii. Canalul cervical este ocupat de un *dop mucos* aderent, care are rolul de a proteja fătul de infecţii. Frecvent, la nivelul colului, mucoasa devine roşie catifelată, aspect denumit *eroziune cervicală* sau *eversiune*, acest semn fiind considerat normal.

Atât ovarele cât şi trompele uterine suferă modificări, dar foarte puţine din acestea pot fi puse în evidenţă la examenul obiectiv. La începutul sarcinii, *corpus luteum*, foliculul ovarian care a eliminat ovulul, poate fi suficient de proeminent pentru a fi palpat la nivelul ovarului respectiv ca un mic nodul, dar spre mijlocul sarcinii acesta va dispărea.

Abdomenul. Pe măsură ce tegumentul abdominal se întinde pentru a se adapta la creşterea fetală, pot apărea vergeturi purpurii. Poate deveni vizibilă *linea nigra*, o bandă pigmentată de culoare brun închis de-a lungul liniei medio-abdominale.



VERGETURI ŞI LINEA NIGRA

Pe măsura evoluţiei sarcinii, din cauza diminuării tonusului muscular, muşchii drepţi abdominali se pot distanţa la nivelul liniei mediane, fenomen denumit *diastasis recti* (dehiscenţă). Dacă acest fenomen de disjuncţie este sever, aşa cum se întâmplă la unele multipare, cea mai mare parte din suprafaţa peretelui uterin anterior este acoperită doar de un strat de tegument, fascie şi peritoneu. Fătul poate fi palpat cu uşurinţă la nivelul acestei zone lipsite de ţesut muscular.[7,8]

În tabelul următor sunt prezentate simptomele frecvente întâlnite pe parcursul sarcinii.

Simptome frecvente întâlnite pe parcursul sarcinii și interpretarea acestora

Simptome frecvente	Trimestru	Interpretare
Lipsa menstrelor (*amenoree*)	Toate	Creşterea nivelurilor de estrogeni, progesteron şi HCG în urma fertilizării determină constituirea endometrului de sarcină, oprirea menstrelor şi a eliminării mucoasei endometriale.
Greaţă cu sau fără vărsături	Întâi	Cauzele posibile includ: modificările hormonale ce produc scăderea peristaltismului tractului GI, schimbări ale mirosului şi gustului, creşterea dimensiunilor uterine, sau factori emoţionali. Gravida poate prezenta o scădere modestă în greutate (1-2 kg) în primul trimestru de sarcină.[9]
Sensibilitate, senzaţie de înţepături la nivelul sânilor	Întâi	Hormonii de sarcină stimulează creşterea ţesutului mamar. Pe măsură ce volumul sânilor se măreşte, gravida poate acuza dureri la nivelul toracelui posterior. Creşte fluxul sanguin la nivel mamar, iar reţeaua venoasă delicată devine vizibilă sub tegument.
Scădere în greutate	Întâi	Dacă gravida prezintă greaţă şi vărsături, nu se va putea alimenta normal în primele săptămâni de sarcină (a se vedea greaţa, mai sus).
Astenie	Întâi /al treilea	Modificarea rapidă a necesarului de energie; modificările hormonale (progesteronul are efect sedativ); în trimestrul al treilea contribuie şi creşterea în greutate, modificările în mecanica mişcărilor şi tulburările de somn.
Durere în regiunea inghinală/ abdomenul inferior	Al doilea (14-20 săptămâni)	Creşterea rapidă a uterului în prima parte a celui de-al doilea trimestru determină tensiune şi întindere a ligamentelor rotunde, asociată cu spasme produse de mişcări bruşte sau modificări ale poziţiei.
Vergeturi abdominale	La sfârşitul celui de-al doilea sau în al treilea trimestru	Nouăzeci la sută din gravide prezintă *striae distensae*, benzi subţiri şi de culoare roz pe abdomen, sâni sau coapse. Acestea reflectă distrugerea colagenului dermic şi întinderea tegumentului.
Contracţii	Al treilea	Uterul poate prezenta contracţii neregulate şi impredictibile, denumite „contracţii Braxton Hicks". Acestea sunt rareori asociate cu declanşarea travaliului. Dacă devin regulate, dureroase, sau ambele, trebuie suspectat un posibil debut al travaliului.
Eliminarea dopului mucos	Al treilea	La majoritatea gravidelor dopul mucos se elimină prin vagin în cursul naşterii, însă la unele femei eliminarea acestuia se produce la sfârşitul sarcinii dar înainte de travaliu. Cât timp fenomenul nu este însoţit de contracţii, sângerare sau pierdere de lichid amniotic, nu ridică probleme.
Edeme	Al treilea	Se produc prin creşterea presiunii venoase în membrele inferioare, obstrucţia fluxului limfatic şi reducerea presiunii coloid osmotice plasmatice.
Pirozis, constipaţie	Toate	Relaxarea sfincterului esofagian inferior permite refluarea conţinutului gastric în treimea inferioară a esofagului. Scăderea motilităţii GI produsă de hormonii de sarcină inhibă peristaltismul. Constipaţia consecutivă poate induce apariţia hemoroizilor sau agravarea celor preexistenţi.
Lombalgii	Toate	Relaxarea articulaţiilor şi ligamentelor indusă hormonal şi uşoara lordoză ce compensează creşterea uterului produc uneori lombalgii. Este necesară excluderea cauzelor patologice.
Polakiurie	Toate	Apar creşteri ale volumului sanguin, ale ratei de filtrare glomerulare şi a volumului urinar. Ca rezultat al diminuării spaţiului ocupat de vezica urinară prin presiunea exercitată de uterul în creştere (primul trimestru) sau în urma coborârii extremităţii cefalice a fătului (al treilea trimestru), va fi necesară evacuarea mai frecventă a vezicii urinare.
Leucoree	Toate	Efectele hormonale şi vasocongestia de sarcină determină creşterea secreţiilor la nivelul cervixului şi epiteliului vaginal, concretizată în apariţia unei secreţii asimptomatice alb-lăptoase (leucoree).

ANAMNEZA

Aspecte frecvente

- Simptomele sarcinii
- Atitudinea gravidei faţă de sarcină
- Obiceiuri frecvent întâlnite: fumat, consum de alcool, utilizarea drogurilor ilicite, violenţă domestică
- Complicaţii anterioare ale sarcinii
- Afecţiuni cronice şi istoric familial
- Determinarea vârstei sarcinii la momentul prezentării şi a datei probabile a naşterii

Îngrijirea prenatală trebuie să aibă ca obiectiv asigurarea sănătăţii optime a mamei şi fătului, prin minimizarea riscului matern. Gravida va aprecia o relaţie empatică în această perioadă importantă, în care trebuie să pregătească sosirea nou-născutului ţinând cont de responsabilităţile din cadrul familiei şi de la locul de muncă.

Vizita prenatală iniţială. Obiectivul vizitei prenatale iniţiale constă în trei aspecte: confirmarea sarcinii, evaluarea stării de sănătate a mamei şi identificarea unor eventuali factori de risc pentru complicaţii, şi consilierea pentru a asigura naşterea unui copil sănătos.

- Puneţi întrebări despre *simptomele de sarcină*: absenţa menstrelor, angorjarea sau sensibilitatea sânilor, greaţă sau vărsături, astenie, polakiurie (vezi tabelul de la pag. 875). Explicaţi pacientei că testul urinar pentru beta HCG reprezintă cea mai bună metodă de confirmare a sarcinii. Testarea serică a beta HCG este rareori necesară pentru a pune în evidenţă sarcina.

- Puneţi întrebări referitoare la *motivele de îngrijorare şi atitudinea cu privire la sarcină* ale mamei. Ce simte în legătură cu sarcina? A fost aceasta planificată? Este o sarcină dorită? Şi-a propus să ducă sarcina la termen? Este susţinută de tatăl copilului sau partenerul actual? Există o reţea de suport extinsă? Este încântată, îngrijorată sau speriată? Dacă are temeri, care sunt acestea? Aceste întrebări se pun într-o manieră deschisă şi se evită comentariile acuzatoare.

- Evaluaţi *starea actuală de sănătate* şi orice factori de risc care pot afecta negativ mama sau fătul ori pot cauza complicaţii. Puneţi întrebări gravidei despre obiceiurile alimentare şi apreciaţi calitatea nutriţiei. Aceasta fumează, consumă alcool sau utilizează droguri ilicite? Se află sub un anumit tratament? Prezintă expunere la substanţe toxice? Care este venitul şi cât de extinsă este reţeaua de suport? Se pot identifica surse de stres major acasă sau la serviciu? Există istoric de abuz fizic sau violenţă domestică?

- Investigaţi *istoricul obstetrical*. Au existat evenimente deosebite la sarcinile anterioare? (Există o tendinţă de recurenţă a problemelor obstetricale anterioare). A prezentat complicaţii pe parcursul travaliului şi naşterii?

Copiii au fost născuţi pe cale vaginală, cu ajutorul forcepsului, cu vacuum, sau prin operaţie cezariană? Obţineţi informaţii despre greutatea la naştere a celorlalţi nou-născuţi. Au existat naşteri premature sau copii cu greutate scăzută la naştere, ori cu greutate prea mare pentru vârsta gestaţională? A existat vreun deces al fătului în uter? Există istoric de depresie postpartum?

- Investigaţi *antecedentele medicale personale.* Este necesară o evaluare detaliată a afecţiunilor acute sau cronice. În mod special trebuie să vă axaţi pe întrebări despre hipertensiune, diabet, afecţiuni cardiace, astm, lupus eritematos sistemic (LES), convulsii, istoric de boli cu transmitere sexuală, expunere in utero la dietilstilbestrol, infecţie cu HIV.

- Realizaţi de asemenea un bilanţ al *istoricului familial* de boli cronice sau ereditare cum ar fi anemia cu celule în seceră (siclemie), fibroza chistică, sau distrofia musculară.

Vârsta gestaţională şi data probabilă a naşterii. Trebuie să identificaţi particularităţile sarcinii actuale care vă permit calcularea *vârstei gestaţionale la momentul vizitei* şi *data probabilă a naşterii* (DPN).

- Pentru a stabili *vârsta gestaţională*, se numără săptămânile fie (1) din prima zi a ultimului ciclu menstrual (UCM), denumită *vârstă menstruală*; fie (2) de la data concepţiei (dacă este cunoscută), numită *vârstă concepţională.* Vârsta menstruală este cea mai frecventă metodă de calcul. Cunoaşterea vârstei gestaţionale este importantă pentru evaluarea în evoluţie a dimensiunilor uterului, dar acest lucru presupune ca UCM să fi fost normal iar datele să fie rememorate cu acurateţe. Pe parcursul examinării se compară dimensiunea aşteptată a uterului conform estimărilor, cu mărimea acestuia la palpare atunci când se află încă în cavitatea pelvină, sau după înălţimea fundului uterin dacă a depăşit simfiza pubiană. Se vor investiga cauzele posibile ale oricărei discrepanţe.

- Prima zi a UCM este utilizată şi pentru calcularea *datei probabile a naşterii* sau a momentului planificat pentru travaliul şi naşterea la termen, considerând un ciclu menstrual regulat de 28-30 de zile. Calcularea DPN se face folosind *regula Naegele*: se adaugă 7 zile la prima zi a UCM, se scad apoi 3 luni şi se adaugă 1 an. Această dată poate fi una din primele informaţii cerute de mamă.

Este preferabil ca datarea cu acurateţe a vârstei gestaţionale să fie făcută cât mai devreme, pentru a permite luarea deciziilor în eventualitatea unei întârzieri a dezvoltării fetale, a instalării travaliului înainte de termen, sau a unei sarcini ce depăşeşte vârsta de 42 de săptămâni. Dacă pacienta nu-şi aminteşte data UCM sau are menstre neregulate, sau dacă datarea este incertă, se utilizează ultrasonografia vaginală pentru a confirma vârsta sarcinii în primul trimestru.

Se stabileşte *frecvenţa optimă a vizitelor de urmărire*, pe baza nevoilor pacientei. În cadrul acestor se măsoară tensiunea arterială şi greutatea, se palpează fundul uterin pentru a aprecia creşterea fetală, se auscultă bătăile cordului fetal şi se determină prezentaţia fetală şi mişcările acestuia. Mulţi medici recomandă dozarea proteinelor şi a glucozei urinare. În trimestrele al doilea şi al treilea vor fi necesare analize suplimentare.

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie şi consiliere

- Alimentaţia
- Creşterea în greutate
- Exerciţiile fizice
- Fumatul, alcoolul şi drogurile ilicite
- Screening-ul violenţei domestice
- Imunizările

Alimentaţia. Consilierea în ceea ce priveşte *alimentaţia* şi *creşterea în greutate* permite menţinerea sănătăţii gravidei şi a fătului. Este necesară evaluarea statusului nutriţional al mamei la prima vizită prenatală, inclusiv istoricul dietelor; se măsoară înălţimea, greutatea şi se calculează indicele masei corporale (IMC); se determină hematocritul pentru depistarea anemiei. Se investighează obiceiurile şi atitudinile alimentare ale mamei precum şi cele legate de creşterea în greutate, ca şi aportul de vitamine şi suplimente minerale necesare.

- Se stabileşte un program alimentar în acord cu preferinţele culturale ale gravidei. În general sunt suficiente trei mese echilibrate pe zi, cu suplimentarea aportului caloric şi proteic. Se recomandă creşterea raţiei zilnice cu următoarele cantităţi: 300 de kilocalorii adiţionale; 5-10 grame de proteine; 15 miligrame de fier; 250 miligrame de calciu; 400-800 micrograme de acid folic.[10]

- Se prescriu multivitamine care aduc un aport zilnic de minim 400 micrograme de acid folic. Prescrierea de multivitamine în sarcină este o practică uzuală, indiferent de tipul de dietă. Nici una din formele comerciale nu este clinic superioară celorlalte.

- Se va atenţiona gravida cu privire la consumul de lactate nepasteurizate, produse din carne insuficient preparate termic şi excesul de vitamina A, care pot deveni toxice.[11] Consumul fructelor de mare în sarcină este un subiect controversat. Aportul de oligominerale poate fi benefic pentru inteligenţa verbală a produsului de concepţie; însă nivelurile crescute de mercur din crustacee şi anumite specii de peşti pot fi nocive în dezvoltarea sistemului nervos al fătului.[12] Administraţia pentru Alimente şi Medicamente (FDA) şi Agenţia de Protecţie a Mediului recomandă evitarea consumului de carne de peşte cu conţinut ridicat de mercur din rechin, peşte spadă, scrumbie şi ton alb.[13]

Creşterea în greutate. Creşterea ideală în greutate pe parcursul sarcinii prezintă un tipar: foarte redusă în primul trimestru, rapidă în al doilea trimestru şi o încetinire uşoară în ultimul trimestru. Creşterea medie în greutate este de aproximativ 10 kilograme. Gravida trebuie cântărită la fiecare vizită, iar rezultatele înscrise într-un grafic pentru a fi revăzute şi discutate de către medic şi pacientă. Recomandările Institutului de Medicină (1992) cu privire la intervalele creşterii în greutate, expuse în continuare, sunt încă în vigoare.

Intervalele recomandate de creştere totală în greutate pentru gravide

Categoria raportului dintre greutate şi înălţime anterioară sarcinii	Creşterea totală recomandată	
	lbs	kg
Scăzut - IMC < 19,8	28–40	12,5–18
Normal - IMC 19,8-26	25–35	11,5–16
Crescut - IMC 26-29	15–25	7,0–11,5
Obezitate - IMC > 29	15	7

Recomandările sunt pentru sarcinile cu făt unic. Intervalul pentru sarcinile gemelare este de 16-20 kg (35-45 lb). Adolescentele tinere (sub doi ani de la menarhă) vor trebui să se situeze la limita superioară a intervalului de creştere în greutate. Femeile scunde (<157 cm) vor trebui să se situeze la limita inferioară a intervalului de creştere în greutate.

(Sursa: Institute of Medicine. Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guideline. Washington, DC, National Academy Press, 1992.)

Exerciţiile fizice. *Exerciţiile fizice* sunt importante pentru sănătatea şi stilul de viaţă al gravidei. Ghidurile din 2002 ale Colegiului American de Obstetrică şi Ginecologie (ACOG) recomandă ca, în colaborare cu medicul curant şi în absenţa contraindicaţiilor, gravida să urmeze un program moderat de exerciţii fizice în majoritatea zilelor săptămânii timp de 30 de minute sau mai mult.[14] Femeile care aveau un program regulat de exerciţii fizice înainte de sarcină îl pot continua cu intensitate uşoară sau moderată, preferabil pentru perioade mai scurte, de trei ori pe săptămână. Pentru femeile care încep exerciţiile în cursul sarcinii se recomandă prudenţă şi urmarea unor programe elaborate special pentru gravide. După primul trimestru se vor evita exerciţiile în decubit dorsal care pot comprima vena cavă inferioară cu scăderea fluxului sanguin placentar. Gravida va opri exerciţiile dacă simte oboseală sau disconfort şi va evita supraîncălzirea şi deshidratarea. Deoarece centrul de greutate se modifică în al treilea trimestru, trebuie evitate exerciţiile care pot produce pierderea echilibrului sau traumatisme abdominale, cum ar fi sporturile de contact.

Fumatul, consumul de alcool şi drogurile ilicite. *Fumatul* trebuie întrerupt. Acesta a fost asociat cu complicaţii în cursul travaliului - abruptio placentae şi placenta praevia - precum şi cu naşteri premature, greutate scăzută la naştere şi chiar deces perinatal.

Gravidele cu *dependenţă de alcool sau droguri ilicite* au nevoie de consult de specialitate pentru diagnostic şi tratament. Consumul de alcool sau droguri poate avea consecinţe grave pentru nou-născut, inclusiv efecte adverse asupra dezvoltării sistemului nervos.[15]

Screening pentru violenţa domestică. Sarcina este perioada în care femeile au o probabilitate mai mare de a fi abuzate de către partener sau în care modelul de abuz anterior se poate intensifica, ceea ce creşte riscul de întârziere a îngrijirii prenatale, riscul de avort şi de făt cu greutate redusă la naştere. Prevalenţa abuzului în sarcină se situează între 7-20% în funcţie de mediu, şi poate conduce la moartea gravidei sau la uciderea mamei şi copilului.[16,17] ACOG recomandă evaluarea tuturor femeilor pentru istoric de *violenţă în familie* care se poate agrava

în cursul sarcinii.[18] Indiciile de violență domestică includ: schimbări frecvente ale programărilor în ultimul moment, comportamentul în cursul vizitei medicale, cefalee cronică sau dureri abdominale, precum și echimoze sau alte leziuni.

Clinicianul poate depăși obstacolele în acest tip de screening prin întrebări directe, fără adoptarea unei atitudini critice, într-o încăpere ce asigură confidențialitatea la fiecare vizită prenatală.[19,20] De exemplu puteți întreba: „De când sunteți gravidă, ați fost vreodată lovită, pălmuită sau agresată fizic de cineva?" Trebuie să oferiți pacientei mai multe oportunități de a discuta abuzurile, din cauza temerilor pe care le are față de siguranța ei și de pedeapsă. Confirmați răspunsurile pozitive și marcați aria agresată pe o diagramă a corpului. Dacă femeia recunoaște abuzul, întrebați cum consideră că o puteți ajuta. Oferiți-i informații despre adăposturi specializate, centre de consiliere, numere de telefon de urgență și alte modalități de asistență atunci când va fi pregătită să apeleze la ele. Evaluați siguranța pacientei și efectuați recomandările necesare. Trebuie să fiți la curent cu legislația în vigoare despre raportarea obligatorie a abuzului.

LINIA DE URGENȚĂ NAȚIONALĂ PENTRU VIOLENȚĂ DOMESTICĂ

- Pagină web: www.ndvh.org/index.html
- 1-800-799-SAFE (7233)
- TTY pentru persoanele cu tulburări de auz: 1-800-787-3224

Imunizările. Revizuiți istoricul imunizărilor pacientei. Toate gravidele trebuie să fie la zi cu vaccinarea anti-tetanos și anti-gripală. Aceste vaccinuri se pot administra în orice trimestru. Dacă există recomandare, vaccinurile pentru pneumococ, meningococ și hepatită B sunt de asemenea sigure în sarcină.[21]

TEHNICI DE EXAMINARE

În timpul examinării respectaţi confortul, nevoia de intimitate precum şi particularităţile şi reţinerile pacientei. Dacă este prima vizită, se va face anamneza înainte ca pacienta să se pregătească pentru examinare. Întrebaţi gravida dacă are experienţa unor examinări pelvine complete anterioare. În caz contrar, explicaţi-i în ce constă procedura şi obţineţi acceptul pentru fiecare componentă. Aceasta va întări relaţia terapeutică şi o va ajuta să înţeleagă modificările suferite de organism ca răspuns la sarcină. Ţineţi cont de faptul că puteţi întâmpina o rezistenţă la examinarea pelvină dacă pacienta a fost victima unui viol în antecedente.

După aceea cereţi pacientei să îmbrace halatul pentru examinare cu deschiderea către anterior, ceea ce facilitează examinarea sânilor şi a abdomenului. Instrumentarul necesar va fi la îndemână.

Poziţionarea. Se acordă pacientei suficient timp pentru alegerea poziţiei optime. Acordaţi timp şi atenţie suplimentară pentru palparea uterului şi auscultarea bătăilor cordului fetal. Poziţia în semi-decubit cu genunchii flectaţi, conform cu figura de mai jos, permite maximum de confort şi reduce presiunea exercitată de uterul gravid asupra organelor şi vaselor abdominale, în special în al treilea trimestru.



Se va evita menţinerea pacientei în decubit dorsal prelungit. În această poziţie uterul apasă direct pe coloana vertebrală şi poate comprima aorta descendentă şi vena cavă inferioară, împiedicând întoarcerea venoasă de la nivelul membrelor inferioare şi al vaselor pelvine. Palparea abdominală trebuie să fie eficientă ca timp şi rezultate.

Sindromul de hipotensiune de decubit, după vârsta de 20 de săptămâni a sarcinii, este o consecinţă a diminuării circulaţiei şi poate produce senzaţie de ameţeală şi lipotimie, în special în poziţie de decubit dorsal.

Pacienta va sta din nou aşezată, pentru scurt timp, înainte de a trece la examinarea pelvină. Această pauză îi poate permite pacientei să îşi golească vezica. Înainte ca gravida să se ridice, asiguraţi-vă că aceasta s-a adaptat la poziţia şezândă. În mod similar, examinarea pelvină trebuie să decurgă relativ rapid.

Orice alte proceduri de evaluare vor fi executate cu pacienta în poziţie şezândă sau decubit lateral stâng.

Instrumentarul. Mâinile examinatorului reprezintă mijlocul iniţial de investigare. Acestea trebuie să fie calde şi ferme dar în acelaşi timp delicate în cursul palpării. Pe cât posibil degetele trebuie să fie alăturate şi să se sprijine pe abdomen sau pelvis pentru a minimiza disconfortul. Orice atingere sau palpare se va realiza cu blândeţe, menţinând continuu contactul cu tegumentul şi evitând mişcările brutale. Cea mai sensibilă este suprafaţa palmară a porţiunii distale a degetelor.

Inspecţia colului uterin şi a vaginului se realizează cu ajutorul speculului ginecologic, înainte de colectarea probelor pentru examenul citologic sau bacteriologic. Deoarece în sarcină pereţii vaginului sunt relaxaţi şi pot prolaba medial, ceea ce face dificilă examinarea, poate fi necesar un specul de dimensiune mai mare decât cea presupusă iniţial. Relaxarea structurilor perineale şi vulvare diminuează disconfortul. Deoarece pereţii vaginului şi ai colului uterin sunt hipervascularizaţi, introducerea şi deschiderea speculului trebuie realizată cu atenţie. Astfel se evită lezarea şi sângerarea ţesuturilor, care ar putea altera interpretarea testului Papanicolaou.

Spatula din lemn Ayre sau instrumentul de recoltare prin periaj se utilizează mai ales la obţinerea probelor pentru testul Papanicolaou. La gravide, periajul cervical poate declanşa sângerare.

Revedeţi Cap. 14 pentru instrumentele şi tehnicile utilizate în recoltarea frotiurilor cervicale (pag. 533-546)

INSPECŢIA GENERALĂ

Observaţi starea generală de sănătate, starea emoţională, statusul nutriţional şi coordonarea neuromusculară în timp ce pacienta se deplasează în cabinet şi se aşează pe masa de examinare. Prin discutarea priorităţilor pacientei referitor la examinare, a atitudinii faţă de sarcină şi a stării generale de sănătate se obţin informaţii utile pentru siguranţa sarcinii.

SEMNELE VITALE, ÎNĂLŢIMEA ŞI GREUTATEA

Măsurarea tensiunii arteriale. Cunoaşterea valorii acesteia la debutul sarcinii permite stabilirea nivelului de bază al presiunii arteriale. În mod normal, la mijlocul perioadei de sarcină tensiunea arterială este mai redusă comparativ cu cea înregistrată înainte de sarcină.

Hipertensiunea de sarcină se defineşte prin tensiune arterială sistolică (TAS) ≥140 şi tensiune arterială diastolică (TAD) ≥90, cu debut după săptămâna 20 de sarcină şi *fără proteinurie.*

Hipertensiunea cronică se defineşte prin TAS ≥140 şi TAD ≥90 cu debut înainte de sarcină, înainte de săptămâna 20 şi după săptămâna 12 postpartum.

Preeclampsia se defineşte prin TAS ≥140 şi TAD ≥90 după săptămâna 20, *asociată cu proteinurie.*[22]

Măsurarea înălțimii și greutății. Calculați IMC cu ajutorul tabelelor standardizate, intervalul normal pentru starea de presarcină fiind cuprins între 19-25 (vezi pag. 113).

Pierderea în greutate cauzată de greață și vărsături este obișnuită în primul trimestru, dar nu trebuie să depășească 5% din greutatea de dinainte de sarcină.

Scăderea în greutate cu mai mult de 5% pe parcursul primului trimestru poate fi cauzată de vărsături excesive (*hiperemeză*).

CAPUL ȘI GÂTUL

Examinatorul se află cu fața la pacienta în poziție șezândă și observă următoarele elemente la nivelul capului și gâtului:

- *Fața.* Masca de sarcină, *cloasma*, este obișnuită fără a fi obligatoriu prezentă la toate gravidele. Constă în pigmentări brune neregulate la nivelul frunții și obrajilor, nasului sau maxilarului.

Edemul facial după 24 de săptămâni de sarcină poate sugera *hipertensiune de sarcină.*

- *Părul:* fragilitatea, gradul de hrănire și distribuția. Uneori există uscăciune, hipersecreție sebacee și mici arii de alopecie. Frecvent pot fi observate grade ușoare de hirsutism la nivelul feței, abdomenului sau extremităților.

Prezența unor zone localizate de alopecie nu trebuie atribuită sarcinii (deși pierderea părului este obișnuită postpartum).

- *Ochii.* Observați colorația conjunctivelor.

Anemia de sarcină poate produce paloare.

- *Nasul:* mucoasa nazală și septul. Congestia nazală este comună în sarcină.

Epistaxisul apare mai frecvent în sarcină. Examinarea septului nazal poate pune în evidență semnele consumului de cocaină.

- *Cavitatea bucală*, în special gingiile și dinții.

Hiperplazia gingivală cu sângerare (vezi pag. 277) este obișnuită în sarcină.

- *Glanda tiroidă.* Inspectați și palpați glanda tiroidă. Este de așteptat o hipertrofie ușoară simetrică.[23]

Hipertrofia semnificativă nu este normală și trebuie investigată.

TORACELE ȘI PLĂMÂNII

La *inspecția* toracelui se urmăresc forma și ritmul respirator. Încă din primul trimestru se poate observa ascensionarea diafragmului și mărirea diametrului toracic. Volumul respirator curent și ventilația alveolară pe minut cresc, dar frecvența respiratorie rămâne constantă. Aceste modificări conduc uneori la senzația subiectivă de dispnee. Este de așteptat apariția alcalozei respiratorii.[24]

Acuzele de dispnee însoțită de tuse sau detresă respiratorie trebuie investigate pentru depistarea unei posibile infecții, *astm* sau *embolie pulmonară.*

CORDUL

Palparea şocului apexian. În sarcina avansată acesta poate fi perceput mai sus decât normal, în spaţiul 4 intercostal, ca urmare a rotaţiei transverse şi la stânga a cordului, produsă de diafragmul ascensionat.

Auscultaţia cordului. Pe parcursul sarcinii sunt obişnuite suflul venos şi suflul sistolic mamar continuu (vezi pag. 387) ce reflectă un flux sanguin crescut în vasele sanguine normale.[25] Suflul mamar se poate ausculta în ultima perioadă a sarcinii şi în lactaţie. Are maximum de intensitate în spaţiul 2 sau 3 intercostal parasternal şi în mod tipic este atât sistolic cât şi diastolic. Uneori se poate ausculta numai componenta sistolică.

Suflurile pot însoţi anemia. Orice suflu diastolic apărut recent asociat cu dispnee de efort trebuie investigat.

SÂNII

La *inspecţie* se urmăresc simetria şi culoarea sânilor şi mameloanelor. Reţeaua venoasă poate fi evidentă, mameloanele şi areolele mamare sunt închise la culoare, iar glandele Montgomery devin proeminente.

Mameloanele inversate necesită pregătire dacă se intenţionează alăptarea la sân.

Palparea urmăreşte depistarea formaţiunilor tumorale. Pe parcursul sarcinii sânii devin sensibili şi nodulari.

Prezenţa unei formaţiuni anormale poate fi dificil de pus în evidenţă.

Comprimarea fiecărui mamelon între index şi police. Prin această manevră se exprimă colostrul.

Apariţia unei secreţii sangvinolente sau purulente nu trebuie atribuită sarcinii.

ABDOMENUL

Aşezaţi gravida în poziţie semi-şezândă, cu genunchii flectaţi (vezi pag. 881).

Inspectaţi orice cicatrice sau vergetură, forma şi conturul abdomenului, înălţimea fundului uterin. Vergeturile purpurii şi linea nigra sunt normale în sarcină. Mărimea şi forma abdomenului pot indica vârsta sarcinii (vezi figura de la pag. 874).

Cicatricile confirmă tipul intervenţiilor chirurgicale anterioare, în special operaţia cezariană.

Palpaţi abdomenul urmărind:

- *Organele sau formaţiunile abdominale.* Prezenţa formaţiunii abdominale reprezentată de sarcină este normală.
- *Mişcările fetale.* Examinatorul le poate percepe după 24 de săptămâni de sarcină (gravida la 18-20 de săptămâni).

Dacă nu se percep mişcările fetale după 24 de săptămâni se suspicionează eroare în calculul vârstei gestaţionale, deces sau morbiditate fetală, sau sarcină fantomă (falsă).

- *Contractilitatea uterină.* Contracţiile uterine neregulate apar după 12 săptămâni de sarcină şi frecvent ca răspuns la palpare în cel de-al treilea trimestru. Pe durata contracţiei, abdomenul apare în tensiune şi ferm la palpare, iar elementele corpului fetal se percep cu dificultate. Dacă mâna examinatorului este menţinută pe fundul uterin, degetele vor simţi relaxarea miometrului.

Prezenţa contracţiilor uterine regulate însoţite sau nu de durere şi sângerare, apărute înainte de 37 de săptămâni, sunt anormale şi sugerează *travaliu prematur.*



Măsuraţi înălţimea fundului uterin cu un centimetru, dacă vârsta sarcinii depăşeşte 20 de săptămâni. Se poziţionează centrimetrul aşa cum este ilustrat în figură şi urmărind linia mediană abdominală se măsoară de la marginea superioară a simfizei pubiene până la vârful fundului uterin. Deşi măsurătoarea poate fi afectată de erori, dimensiunea în centimetri între săptămânile 20-32 de sarcină ar trebui să fie în mare egală cu numărul de săptămâni de gestaţie.[26,27]

Dacă înălţimea uterului depăşeşte cu mai mult de 4 cm dimensiunea aşteptată, se consideră: *sarcină multiplă*, făt mare, lichid extra amniotic, sau *leiomiom uterin.* Dacă este mai mică cu peste 4 cm decât dimensiunea aşteptată, se are în vedere: sarcină oprită în evoluţie, prezentaţie transversă, întârzierea creşterii, sau sarcină fantomă (falsă).

Auscultaţi cordul fetal şi urmăriţi frecvenţa cardiacă fetală (FCF), localizarea şi ritmul. Cu ajutorul monitorului fetal Doppler (doptone) se poate detecta FCF după vârsta de 10 săptămâni de sarcină, iar cu fetoscopul după aproximativ 18 săptămâni (deşi acest instrument este utilizat mai rar în prezent).

Absenţa bătăilor cordului fetal sugerează o sarcină de vârstă mai mică decât cea aşteptată, deces fetal, sau sarcină falsă (fantomă).

Între săptămânile 12-18 de sarcină bătăile cordului fetal sunt *localizate* la nivelul liniei mediane a abdomenului inferior al mamei, iar după 28 de săptămâni cordul fetal se auscultă optim la nivelul toracelui fetal. Localizarea bătăilor cordului fetal depinde ulterior de poziţionarea fătului. Palparea extremităţii



DOPTONE (STÂNGA) ŞI FETOSCOP (DREAPTA)

cefalice şi a spatelui fătului permite identificarea zonei optime de auscultaţie (vezi Manevrele Leopold Modificate, pag. 888-890). Dacă fătul este poziţionat cu capul spre inferior şi spatele de partea stângă a gravidei, FCF se auscultă cel mai bine în cadranul stâng inferior. Dacă extremitatea cefalică a fătului se află sub apendicele xifoid (*prezentaţie pelvină*) şi toracele posterior la dreapta, FCF se auscultă în cadranul drept superior.

După săptămâna 24 auscultaţia bătăilor cordului fetal în mai mult de o regiune, cu frecvenţe variabile şi localizări diferite, sugerează existenţa unei sarcini multiple.

Obişnuit *frecvenţa* este de aproximativ 160 de bătăi pe minut în sarcina timpurie, după care scade la 120-140 de bătăi pe minut aproape de termen. După săptămânile 32-34 FCF poate creşte simultan cu mişcările fetale.

Scăderea notabilă a FCF odată cu mişcările fetale la o sarcină aproape de termen indică o circulaţie placentară deficitară sau scăderea volumului de lichid amniotic.

Ritmul devine important în al treilea trimestru. Este normală o variaţie de 10-15 bătăi pe minut (BPM) la 1-2 minute.

Absenţa variabilităţii de la o bătaie la alta a cordului în sarcina aproape de termen necesită monitorizarea FCF.

ORGANELE GENITALE, ANUSUL ŞI RECTUL

Inspectaţi *organele genitale externe* şi observaţi distribuţia pilozităţii, coloraţia şi eventuale cicatrici. Relaxarea introitusului vaginal şi hipertrofia labiilor şi clitorisului sunt normale la multipare. La acestea pot fi prezente cicatrici produse de *epiziotomie*, o incizie perineală care facilitează naşterea, sau de dilacerările perineului.

La unele gravide sunt prezente dilataţii varicoase labiale care devin sinuoase şi dureroase.

La inspecţia *anusului* se pot detecta *hemoroizi*. Dacă sunt prezenţi, se apreciază dimensiunea şi localizarea.

Frecvent, hemoroizii cresc în dimensiune în sarcina aproape de termen, devin dureroşi şi pot sângera.

Se palpează *glandele Bartholin* şi *Skene*. Nu trebuie să fie prezente secreţii sau sensibilitate.

Verificaţi posibila prezenţă a unui *cistocel* sau *rectocel*.

Pot fi mai pronunţate ca urmare a relaxării musculare în sarcină.

Examinarea cu speculul. Inspectaţi *colul uterin* şi observaţi coloraţia, forma şi dilacerările vindecate. La multipare colul uterin poate fi neregulat din cauza cicatricilor (vezi pag. 549).

Un col uterin de culoare roz sugerează absenţa sarcinii.

Recoltaţi probe pentru *frotiul Papanicolaou* şi, dacă este necesar, alte probe vaginale sau cervicale. Colul poate sângera cu mai multă uşurinţă la atingere din cauza vasocongestiei de sarcină.

Prezenţa unei infecţii vaginale sau cervicale impune recoltarea probelor pentru diagnostic.

Examinaţi *pereţii vaginului* observând coloraţia, secreţiile, relieful şi relaxarea. Coloraţia albăstruie sau violetă, relieful accentuat şi o secreţie alb lăptoasă, *leucoreea*, sunt normale.

Coloraţia roz a vaginului indică absenţa sarcinii. Iritaţiile şi pruritul vaginal însoţite de secreţii sugerează infecţie.

Examinarea bimanuală. Se introduc două degete lubrifiate în vagin, cu faţa palmară în jos, exercitând o presiune uşoară spre inferior asupra perineului. Se separă degetele la nivelul domului vaginal posterior. Menţinând presiunea îndreptată în jos se rotesc uşor degetele cu faţa palmară în sus. Se vor evita structurile uretrale sensibile. Examinarea bimanuală este facilitată de relaxarea din cursul sarcinii. Ţesuturile sunt moi iar pereţii vaginului se mulează la nivelul degetelor examinatoare. La început, colul uterin poate fi diferenţiat cu dificultate din cauza texturii mai moi (înmuierea cervixului).

Se plasează cu delicateţe degetul la nivelul orificiului cervical, apoi se investighează printr-o mişcare circulară *suprafaţa colului uterin*. La primipare cervixul trebuie să fie închis, în timp ce la multipare permite introducerea vârfului degetului prin *orificiul extern*. *Orificiul intern* - zona îngustă de trecere dintre canalul endocervical şi cavitatea uterină - trebuie să fie închis, indiferent de paritate. Suprafaţa colului uterin normal la multipare poate fi neregulată ca urmare a dilacerărilor cicatrizate după naşterile precedente.

Ştergerea şi scurtarea colului uterin înainte de săptămâna 32 poate indica instalarea prematură a travaliului (naşterea înainte de termen).

Lungimea colului uterin se estimează prin palparea suprafeţei laterale a acestuia de la extremitatea cervicală până la recesul lateral. Înainte de săptămânile 34-36 colul trebuie să-şi menţină lungimea uzuală de aproximativ 1,5-2 cm.

La palparea *uterului* se urmăresc: mărimea, forma, consistenţa şi poziţia – toate depind de vârsta gestaţională. Înmuierea precoce a istmului, sau *semnul Hegar*, este caracteristică sarcinii. Până în săptămâna 8, uterul are formă de pară inversată cu o uşoară lărgire a regiunii fundice. Uterul devine globular între săptămânile 10-12. Anteflexia sau retroflexia se pierd după săptămâna 12, iar regiunea fundică are diametrul de aproximativ 8 cm.

Cu ajutorul degetelor plasate intern pe laturile colului, cu suprafaţa palmară orientată în sus, se ascensionează uşor uterul spre mâna plasată pe abdomen. Se cuprinde porţiunea fundului uterin între cele două mâini şi se estimează mărimea uterului.

Un uter de formă neregulată sugerează miomatoză uterină sau *uter bicorn* (uter care prezintă două cavităţi distincte separate printr-un sept).

Se palpează *structurile anexiale drepte și stângi*. În primele câteva săptămâni după concepţie, corpul galben (corpus luteum) se percepe ca un mic nodul la nivelul ovarului care a eliberat ovulul. În sarcina avansată, formaţiunile anexiale sunt dificil de palpat.

În perioada incipientă trebuie exclusă sarcina tubară (*ectopică*). Vezi Tabelul 14-9, Formaţiuni anexiale, pag. 553.

Pe parcursul retragerii degetelor examinatoare se apreciază *forţa musculară pelvină*.

În mod obişnuit *examinarea rectovaginală* este recomandată numai pentru situaţii care necesită confirmarea integrităţii septului rectovaginal sau investigarea unor simptome sugestive pentru patologia rectului, cum ar fi sângerările rectale. Această examinare poate facilita determinarea mărimii uterului aflat în retroversie sau retroflexie, dar se preferă ecografia transvaginală.

EXTREMITĂŢILE

Inspecţia generală se realizează cu gravida în poziţie şezândă sau în decubit lateral stâng.

La nivelul gambelor căutaţi prezenţa *venelor varicoase*.

Varicele hidrostatice pot debuta sau se pot agrava pe parcursul sarcinii.

Căutaţi prezenţa *edemelor* la nivelul mâinilor şi picioarelor. Prin palpare puteţi pune în evidenţă edemele pretibiale, perimaleolare sau pedale. Scorul de apreciere al edemelor se situează pe o scală de la 0 la +4. Edemele fiziologice apar mai frecvent în sarcina avansată, la temperaturi ridicate şi la gravide care menţin ortostatismul perioade îndelungate.

Verificaţi integritatea *reflexelor rotulian și achilean*.

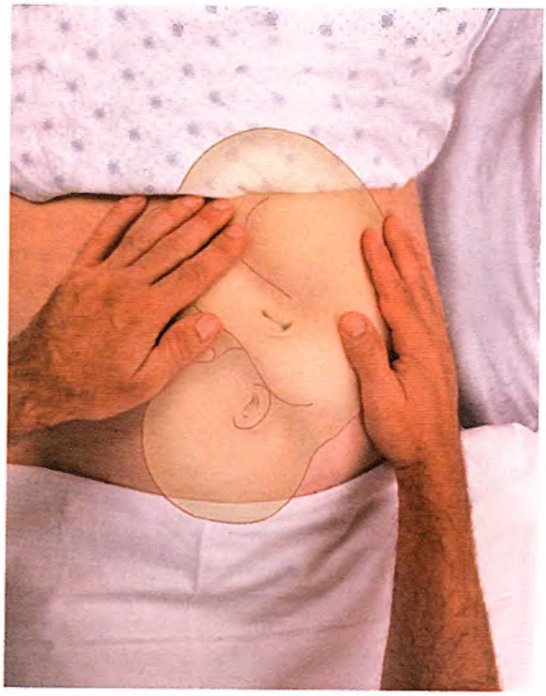
TEHNICI SPECIALE

Manevrele Leopold modificate

Aceste manevre au rol adjuvant în palparea abdomenului gravid începând cu săptămâna 28 de gestaţie şi permit determinarea poziţiei fetale în raport cu peretele posterior al abdomenului mamei (longitudinală sau transversală), prezentaţia (extremitatea fătului care se prezintă la nivelul strâmtorii pelvine inferioare - capul sau pelvisul), localizarea spatelui fetal, nivelul la care a coborât zona de prezentaţie a fătului în pelvisul matern şi estimarea greutăţii fătului. Aceste informaţii sunt necesare pentru a aprecia creşterea adecvată a fătului şi probabilitatea unei naşteri vaginale necomplicate.

Anomaliile frecvente includ: *prezentaţia pelvină* (pelvisul fetal se prezintă la nivelul aperturii inferioare a pelvisului matern) şi absenţa coborârii suficiente a zonei de prezentaţie în pelvisul matern la termen. Nici una din aceste situaţii nu exclude în mod absolut naşterea vaginală. Cele mai grave probleme sunt *prezentaţia transversă* aproape de termen şi întârzierea dezvoltării fetale, care indică *oprirea creşterii intrauterine (IUGR)*.

Prima manevră (polul superior). În timp ce vă aflaţi în picioare de o parte a gravidei, privind spre capul acesteia, având degetele de la ambele mâini apropiate, palpaţi uşor cu falangele distale pentru a determina care parte a fătului se află la polul superior al fundului uterin.



În mod obişnuit pelvisul fetal se află la polul superior. Acesta se palpează ferm dar neregulat şi mai puţin rotunjit decât capul. Capul fetal se simte ferm, rotund şi neted.

A doua manevră (zonele laterale ale abdomenului matern). Plasaţi câte o mână de fiecare parte a abdomenului gravidei, cu scopul de a cuprinde corpul fetal între ele. Utilizaţi o mână pentru a imobiliza uterul iar cealaltă pentru a palpa fătul.



Mâna plasată pe spatele fătului simte o suprafaţă netedă, fermă, de lungimea palmei (sau mai mare) la aproximativ 32 de săptămâni de gestaţie. Mâna situată pe membrele superioare şi inferioare ale fătului percepe protuberanţe neregulate, şi posibil lovituri dacă fătul este treaz şi activ.

A treia manevră (polul inferior). Vă întoarceţi şi vă plasaţi cu faţa spre membrele inferioare ale pacientei. Utilizând suprafeţele palmare plate ale degetelor de la ambele mâini şi la început cu falangele distale apropiate, palpaţi regiunea aflată imediat deasupra simfizei pubiene. Observaţi dacă mâinile se îndepărtează prin exercitarea unei presiuni îndreptate în jos sau rămân alăturate. Aceasta indică dacă prezentaţia (capul sau pelvisul fătului) coboară în apertura superioară a pelvisului.



În cazul prezentaţiei cefalice, degetele simt o suprafaţă netedă, fermă, rotunjită de ambele părţi.

Dacă mâinile se depărtează, prezentaţia coboară în apertura superioară a pelvisului, aşa cum se observă în imagine.

Dacă mâinile rămân apropiate şi pot deprima cu uşurinţă ţesutul supraiacent peretelui vezicii urinare fără a atinge fătul, atunci prezentaţia este superior de mâinile examinatoare.

Dacă prezentaţia este coborâtă, se palpează consistenţa şi fermitatea. Dacă nu, se deplasează uşor mâinile în partea superioară a abdomenului inferior şi se prinde prezentaţia între palme.

Capul fetal se simte neted, ferm şi rotunjit; pelvisul - ferm dar neregulat.

A patra manevră (confirmarea tipului de prezentaţie). Cu ajutorul mâinii dominante prindeţi zona fetală aflată la polul inferior, iar cu cea nondominantă partea aflată la polul superior. Prin această manevră se poate distinge între capul şi pelvisul fetal.



De obicei capul este situat la polul inferior iar pelvisul fetal la cel superior. Dacă extremitatea cefalică este situată deasupra aperturii superioare a pelvisului, capul se poate mişca relativ independent faţă de restul corpului fetal.

CONCLUZIILE VIZITEI

După finalizarea examinării şi după ce pacienta s-a îmbrăcat, trebuie să o asiguraţi de interesul pe care îl aveţi pentru sănătatea şi buna evoluţie a sarcinii. Încurajaţi pacienta să pună întrebări şi recapitulaţi elementele găsite la examinare. Dacă sunt necesare date suplimentare pentru a confirma sarcina, discutaţi etapele următoare. Subliniaţi importanţa controalelor prenatale regulate şi programaţi vizitele următoare. Înregistraţi datele obţinute la examinare în fişa de consult prenatală.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru consemnarea datelor, dar în timp veţi începe să utilizaţi fraze. Exemplele de mai jos conţin enunţuri adaptabile la majoritatea situaţiilor.

Consemnarea examenului fizic – pacienta gravidă

„*Abdomen:* Cicatrice postoperatorie transversă în abdomenul inferior. Zgomote intestinale prezente. Elastic, nedureros; fără hepatosplenomegalie sau formaţiuni palpabile. Fundul uterului: abia palpabil deasupra simfizei pubiene. Bătăile cordului fetal nu se auscultă. Fără adenopatii inghinale. *Examinare bimanuală:* col uterin pe linia mediană, moale, orificiul intern închis. Col uterin nedureros la mobilizare. Ambele ovare (drept şi stâng) nepalpabile; fără alte formaţiuni anexiale. Fund uterin antevers, mărit de volum corespunzător vârstei de 14-16 săptămâni a sarcinii; tonus vaginal moderat."

Este descrisă examinarea femeii gravide sănătoase la 16 săptămâni de sarcină.

SAU

„*Abdomen:* Fără cicatrici postoperatorii. Zgomote intestinale prezente. Elastic, nedureros; fără hepatosplenomegalie sau formaţiuni palpabile. Fundul uterului palpabil la 2 lăţimi de deget sub ombilic; neted şi cu formă ovoidală. Frecvenţa cardiacă fetală 144. Fără adenopatii inghinale. *Organe genitale externe:* cicatrice mediană post-epiziotomie. Fără leziuni, secreţii sau semne de infecţie. *Examinare bimanuală:* col uterin pe linia mediană, moale, cu lungime de 4 cm; orificiul extern permite introducerea vârfului degetului; orificiul intern închis. Fără acuze dureroase la mobilizarea colului uterin; fără formaţiuni anexiale. Fund uterin mărit de volum corespunzător vârstei de 20 săptămâni a sarcinii, aflat pe linia mediană, moale; tonus vaginal scăzut."

Este descrisă examinarea femeii gravide sănătoase la 20 de săptămâni de sarcină.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al. (eds). Williams Obstetrics, 22nd ed. New York, McGraw Hill, Medical Publishers Division, 2005.
2. Berghout A, Wiersinga W. Thyroid size and function during pregnancy: an analysis. Eur J Endocrinol 138:536–542, 1998.
3. Boden G. Fuel metabolism in pregnancy and in gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol Clin North Am 23:1–10, 1996.
4. Smith R. Parturition. N Engl J Med 356(3):271–283, 2007.
5. Andersen HF, Johnson TR, Barclay ML, et al. Gestational age assessment. I. Analysis of individual clinical observations. Am J Obstet Gynecol 139(2):173–177, 1981.
6. Hillier SL, Krohn MA, Rabe LK, et al. The normal vaginal flora, H202-producing lactobacilli, and bacterial vaginosis in pregnant women. Clin Infect Dis 16(Suppl 4):S273–S281, 1994.

7. Boisonnault JS, Blaschak MJ. Incidence of diastasis rectus abdominis during the childbearing year. Phys Ther 68(7): 1082–1086, 1988.
8. Gilleard WL, Brown JMM. Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period. Phys Ther 76(7):750–762, 1996.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Nausea and vomiting of pregnancy. Practice Bulletin No. 52. Obstet Gynecol 104(4):803–814, 2004.
10. Institute of Medicine. Nutrition during Pregnancy and Lactation: An Implementation Guideline, p. 14. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
11. Kaiser L, Allen LH, American Dietetic Association. Position of American Dietetic Association: nutrition and life style for a healthy pregnancy outcome. JAM Diet Assoc 108(3):553–561, 2008.
12. Hibbeln JR, Davis JM, Steer C, et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. Lancet 369(9561):578–585, 2007.
13. Food and Drug Administration. Mercury and seafood advice still current. FDA Consumer Magazine 40(5):2–3, 2006. Also What you need to know about mercury in fish and shellfish. 2004 EPA and FDA advice for: women who might become pregnant, women who are pregnant, nursing mothers, young children. EPA-823-R-04-005, March 2004.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion, No. 267, January 2002.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). At-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. ACOG Committee Opinion, No. 294, January 2004.
16. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, et al. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 275(24):1915–1920, 1996.
17. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. JAMA 85(12): 1581–1584, 2001.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. ACOG Committee Opinion, No. 255, 1999.
19. Elliott L, Nerney M, Jones T, et al. Barriers to screening for domestic violence. J Gen Intern Med 17:112–116, 2002.
20. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, et al. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. Arch Intern Med 152:1186–1190, 1992.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for Women's Health Care, 2nd ed. Washington, DC, ACOG, 2002.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Chronic hypertension in pregnancy. ACOG Committee Opinion, No. 29. Obstet Gynecol 98(1):S177–S185, 2001.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for Women's Health Care, 2nd ed. Washington, DC, 2002.
24. Periera A, Kreiger BP. Pulmonary complications of pregnancy. Clin Chest Med 25(2):299–310, 2004.
25. Gei AF, Hankins CD. Cardiac disease and pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am 28(3):465–512, 2001.
26. Belizan JM, Villar J, Nardin JC, et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. Am J Obstet Gynecol 131(6):643–646, 1978.
27. Persson B, Stangenberg M, Lunell NO, et al. Prediction of size of infants at birth by measurement of symphysis fundus height. Br J Obstet Gynaecol 93(3):206–211, 1986.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 361. Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol 109(2 Pt 1):479–480, 2007.

American Diabetes Association. Preconception care of women with diabetes. Diabetes Care 26(Suppl 1):S91–S93, 2003.

Bell R, Bailey K, Cresswell T, et al. Northern Diabetic Pregnancy Survey Steering Group. Trends in prevalence and outcomes of pregnancy in women with pre-existing type I and type II diabetes. BJOG 115(4):445–452, 2008.

Blenning CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. Am Fam Phys 72(12):2491–2496, 2005.

Cunningham FG, Williams JW. Williams Obstetrics, 22nd ed. New York, McGraw-Hill, Medical Pub Division, 2005.

Fraser DC, Cooper MA, Myles MF. Myles Textbook for Midwives, 14th ed. New York, Churchill Livingstone, 2003.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 106 (5 Pt 1):1071–1083, 2005.

Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. Am Fam Physician 71(7):1307–1316, 2005.

Pick ME, Edwards M, Moreau D, et al. Assessment of diet quality in pregnant women using the Healthy Eating Index. J Am Diet Assoc 105(2):240–246, 2005.

Read JS, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Pediatrics 112(5):1196–1205, 2003.

Turok DK, Ratcliffe SD, Baxley EG. Management of gestational diabetes mellitus. Am Fam Phys 68(9):1767–1772, 2003.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. Ann Intern Med 140(5):382–386, 2004.

Varney, HK, Kriebs JM, Gegor CL. Varney's Midwifery, 4th ed. Sudbury, MA, Jones and Bartlett Publishers, 2004.

Yang J, Cummings EA, O'Connell C, et al. Fetal and neonatal outcomes of diabetic pregnancies. Obstet Gynecol 108(3 Pt 1): 644–650, 2006.

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. N Engl J Med 347(3):194–199, 2002.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

CAPITOLUL

Adultul vârstnic

20

Numărul adulţilor vârstnici din Statele Unite ale Americii depăşeşte în prezent 37 de milioane şi se estimează că va ajunge la 86 de milioane până în anul 2050[1]. Aceste persoane vor trăi mai mult decât generaţiile precedente: speranţa de viaţă la naştere este, în prezent, de 79 de ani pentru femei şi 74 de ani pentru bărbaţi. Se prevede că în următorii 40 de ani procentul persoanelor cu vârsta peste 85 de ani va creşte la 5% din populaţia SUA. Prin urmare, „directiva demografică" impune maximizarea atât a duratei de viaţă a populaţiei vârstnice cât şi a sănătăţii ei, astfel încât persoanele de vârsta a treia să-şi păstreze întreaga capacitate funcţională cât mai mult timp posibil, bucurându-se de o viaţă activă şi variată.



Medicii consideră infirmitatea drept unul dintre cele mai frecvente mituri legate de înaintarea în vârstă – deoarece peste 95% dintre americanii cu vârsta mai mare de 65 de ani trăiesc în comunitate şi numai 5% locuiesc în centre de îngrijire pe termen lung.[1,2] În ultimii 20 de ani, vârstnicii au devenit mai activi, iar gradul de dizabilitate a scăzut. Aceste schimbări impun stabilirea unor noi ţinte în îngrijirea medicală – „un pacient informat şi activ care interacţionează cu o echipă medicală pregătită şi proactivă, conducând la o colaborare benefică, de înaltă calitate şi la îmbunătăţirea rezultatelor" – şi a unui set distinct de aptitudini şi atitudini clinice.[3,4]

Vezi Planșa 20-1, Competențe esențiale în geriatrie, pag. 930.

Evaluarea pacientului vârstnic prezintă oportunități și provocări deosebite. În acest sens, există diferențe importante față de anamneza și examenul fizic al pacienților mai tineri (în cazul cărora abordarea este orientată spre depistarea proceselor patologice): atenția acordată procesului de îmbătrânire sănătoasă și adecvată; nevoia de a mobiliza sprijinul social, al familiei și al comunității; importanța aptitudinilor vârstnicului în contextul evaluării capacității funcționale, „al șaselea semn vital"; și identificarea oportunităților de a promova sănătatea și siguranța adultului vârstnic pe termen lung.

Rezumatul capitolului: Adultul vârstnic

- Anatomie și fiziologie: modificări în contextul îmbătrânirii
- Istoricul medical
  - Abordarea pacientului: adaptarea ambianței cabinetului medical; adaptarea conținutului și ritmului vizitei medicale; depistarea simptomelor; receptivitatea la dimensiunile culturale ale îmbătrânirii
  - Arii speciale de interes: activitățile zilnice fundamentale; activitățile zilnice complexe; medicația; starea de nutriție; durerea acută și cronică; fumatul și consumul de alcool; documentele legale anticipative privitoare la îngrijirea paliativă
- Profilaxie și consiliere
  - Include stabilirea indicațiilor de screening, funcțiile vizuală și auditivă, efortul fizic, imunizările, siguranța la domiciliu, teste screening pentru cancer, depresia, demența și maltratarea vârstnicilor
- Tehnici de examinare
  - Evaluarea funcțională, inclusiv screening-ul geriatric în 10 minute și evaluarea riscului de cădere
  - Examenul fizic al vârstnicului
- Înregistrarea datelor

ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

Îmbătrânirea primară reflectă modificările în rezervele fiziologice, independente și neinduse de boală, care apar de-a lungul vieții. Aceste modificări apar în special în perioadele de stres, precum expunerea la variații de temperatură, stările de deshidratare sau șocul. Scăderea vasoconstricției cutanate și a sudorației poate afecta răspunsul organismului la căldură; diminuarea senzației de sete poate întârzia recuperarea după stările de deshidratare; reducerea fiziologică a debitului cardiac maxim, a umplerii ventriculului stâng și a frecvenței cardiace maxime observate în procesul de îmbătrânire alterează răspunsul la stările de șoc.

În același timp, procesul de îmbătrânire are caracter eterogen la nivelul populației. Cercetătorii au identificat deosebiri majore în modul în care îmbătrânesc oamenii, și au diferențiat îmbătrânirea „obișnuită", cu complexul său de boli și invalidități, de îmbătrânirea „optimă". Îmbătrânirea optimă se întâlnește la acele persoane fără boli debilitante, care duc o viață sănătoasă la vârste de peste 80 și 90 de ani. Studii efectuate la centenari au arătat că moștenirea genetică este responsabilă

de aproximativ 20% din probabilitatea de a trăi 100 de ani, iar stilul de viață sănătos este responsabil de aproximativ 20-30%.[5-7]

Aceste descoperiri au contribuit la ideea promovării unei stări de nutriție optime, a exercițiilor fizice și a activităților fundamentale zilnice la persoanele vârstnice pentru a evita epuizarea inutilă a rezervelor fiziologice.

Semnele vitale

Presiunea arterială. În societățile vestice, valoarea presiunii arteriale sistolice are tendința de a crește din copilărie până la vârste avansate. Aorta și arterele mari se rigidizează ducând la apariția aterosclerozei. Pe măsură ce aorta devine mai puțin distensibilă, un volum bătaie dat determină o creștere mai mare a tensiunii arteriale sistolice; astfel se instalează *hipertensiunea arterială sistolică* cu *presiune a pulsului amplă*. Presiunea arterială diastolică încetează să mai crească în jurul decadei a șasea de viață. Pe de altă parte, unii vârstnici au tendința la *hipotensiune posturală (ortostatică)* – o scădere bruscă a presiunii arteriale în momentul ridicării în picioare.

Frecvența și ritmul cardiac. Frecvența cardiacă de repaus rămâne nemodificată la persoanele vârstnice, dar numărul celulelor pacemaker din nodulul sinoatrial scade, ca și frecvența cardiacă maximă, ceea ce reduce răspunsul la stresul fiziologic.[8]

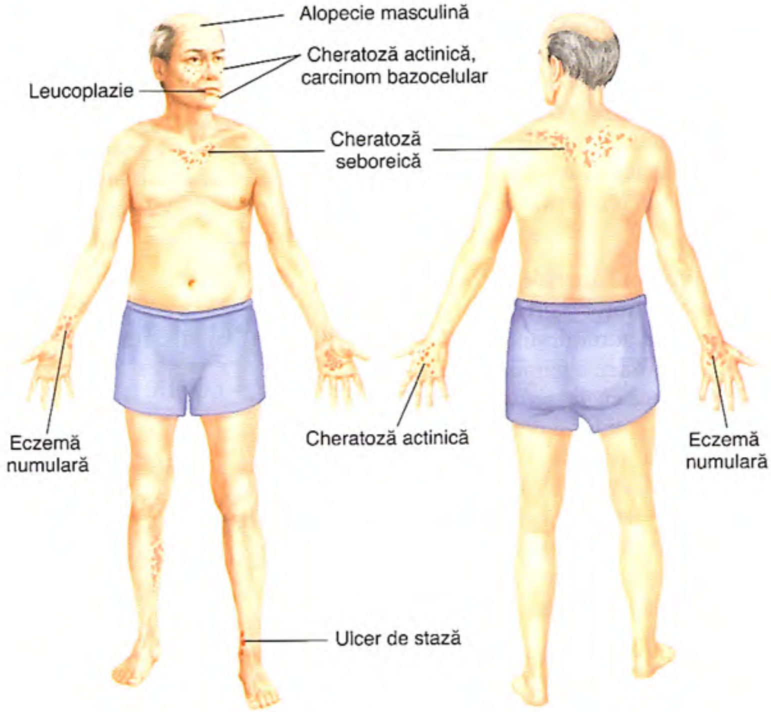
Vârstnicii sunt mai predispuși la dezvoltarea unor aritmii cardiace precum extrasistolele atriale sau ventriculare. Aritmiile asimptomatice sunt de regulă benigne. Totuși, ca și hipotensiunea posturală, acestea pot induce *sincope* sau pierderi temporare ale stării de conștiență.

Frecvența respiratorie și temperatura corpului. Frecvența respiratorie nu este influențată de înaintarea în vârstă, dar modificările care survin în mecanismele termoreglării cresc susceptibilitatea la *hipotermie*.

Tegumentele și fanerele. Odată cu înaintarea în vârstă, pe tegument apar ridurile, iar țesutul cutanat își pierde elasticitatea și turgescența. Vascularizația de la nivelul dermului scade, ceea ce face ca tegumentele deschise la culoare să pară mai palide și mai opace. Țesutul cutanat de la nivelul feței dorsale a mâinilor și a antebrațelor devine subțire, fragil, lipsit de elasticitate și transparent. De asemenea, pot exista pete sau macule purpurice care dispar în timp, denumite *purpură actinică*. Apariția acestor peteșii și pete este consecința extravazării sângelui din vasele capilare friabile în derm.

Odată cu avansarea în vârstă, unghiile își pierd luciul, și pot deveni galbene și îngroșate, mai ales la nivelul degetelor de la picioare.

Părul suferă de asemenea o serie de modificări. Astfel, părul de la nivelul scalpului își pierde pigmentația, cu apariția bine-cunoscutei caniții (încărunțire). Pierderea părului scalpului este determinată genetic. La bărbați, începând cu vârsta de 20 ani, linia părului începe să se retragă la nivelul regiunii temporale și continuă în timp până la nivelul vertexului. Un proces asemănător are loc și la femei, dar acesta este mai puțin sever. La ambele sexe, părul de la nivelul scalpului devine mai rar (fenomen uniform) iar diametrul fiecărui fir de păr scade. Mai puțin cunoscută, dar probabil mai importantă din punct de vedere clinic, este dispariția fiziologică a pilozității din alte regiuni ale corpului: trunchi, regiunile pubiană și axilară, membre superioare și inferioare. La femei, în jurul vârstei de 55 ani apare o pilozitate facială inestetică la nivelul mentonului și al buzei superioare, fără a depăși ulterior aceste regiuni.



Multe dintre modificările descrise afectează mai ales persoanele cu tegument deschis la culoare şi mai puţin pe cele cu tegument de culoare mai închisă. De exemplu, amerindienii de sex masculin prezintă o pilozitate facială şi corporală relativ redusă comparativ cu bărbaţii care au tegument deschis la culoare, iar examinarea lor trebuie să ţină cont şi de particularităţile rasei.

Capul şi gâtul. Ochii, urechile şi cavitatea bucală poartă povara vârstei înaintate. Ţesutul adipos care înconjoară şi protejează ochiul în structura osoasă a orbitei se atrofiază, permiţând globului ocular să se retragă. Tegumentele pleoapelor prezintă riduri, iar în unele cazuri se formează falduri cutanate. Ţesutul adipos poate hernia, împingând fascia pleoapelor şi determinând astfel apariţia unor protruzii moi, în special la nivelul pleoapelor inferioare şi a treimii interne a pleoapelor superioare. Deoarece secreţia lacrimală a pacienţilor vârstnici este scăzută, aceştia pot acuza senzaţie de uscăciune a ochilor. Corneea îşi pierde luciul natural.

Pupilele devin miotice, ceea ce face dificilă examinarea fundului de ochi. De asemenea, acestea pot fi uşor neregulate, dar acomodarea la lumină şi la vederea de aproape se păstrează.

Acuitatea vizuală rămâne relativ constantă între 20 şi 50 de ani, apoi scade progresiv până la aproximativ 70 ani şi într-un ritm mai rapid după această vârstă. Totuşi, cei mai mulţi vârstnici au o acuitate vizuală bună (20/20 până la 20/70 - măsurată cu ajutorul metodelor standard). Vederea de aproape se reduce însă considerabil, fenomen care afectează întreaga populaţie. Cristalinul începe să-şi piardă progresiv elasticitatea încă din perioada copilăriei, iar abilitatea globului ocular de a se acomoda şi de a focaliza obiectele aflate aproape scade constant. *Prezbiopia* devine de obicei evidentă în cursul celei de-a cincea decade de viaţă.

Înaintarea în vârstă afectează cristalinul şi creşte riscul de apariţie a *cataractei*, a *glaucomului* şi a *degenerescenţei maculare*. Cristalinul capătă o tentă gălbuie şi se

Vezi Capitolul 7, Capul şi gâtul, pag 257-259.

îngroaşă, împiedicând pasajul luminii către retină, iar pacientul va avea nevoie de o lumină mai puternică pentru citit şi activităţi migăloase. Cataracta afectează 1 din 10 sexagenari şi 1 din 3 octogenari. Deoarece îngroşarea cristalinului continuă de-a lungul anilor, acesta poate determina deplasarea anterioară a irisului, cu îngustarea unghiului dintre iris şi cornee, şi creşterea riscului de *glaucom cu unghi închis.*

Acuitatea auditivă, ca şi acuitatea vizuală, scade de obicei cu vârsta. Deficitul auditiv începe în perioada de adult tânăr, afectează în special sunetele înalte situate în afara spectrului vocal şi nu are o importanţă funcţională semnificativă. Progresiv, pierderea percepţiei se extinde la sunetele medii şi joase. Atunci când tonurile înalte ale cuvintelor nu sunt audibile, dar cele joase (grave) sunt percepute, cuvintele sunt percepute distorsionat şi înţelese cu dificultate, în special într-un mediu zgomotos. Pierderea auzului asociată îmbătrânirii, cunoscută sub denumirea de *prezbiacuzie* (presbicusis), devine treptat evidentă, în general după vârsta de 50 de ani.

Diminuarea secreţiei glandelor salivare şi a simţului gustativ sunt elemente care însoţesc procesul de îmbătrânire, dar un rol considerabil în apariţia acestor modificări îl joacă şi diverse medicamente sau afecţiuni. Simţul gustului este afectat şi de reducerea simţului olfactiv şi de creşterea sensibilităţii la stimulii gustativi amar şi sărat. Dinţii se degradează şi capătă un aspect tocit sau cad cu timpul din cauza cariilor dentare şi a altor afecţiuni. Boala parodontală este principala cauză a pierderii dinţilor la majoritatea adulţilor. Din cauza lipsei totale a dinţilor, partea inferioară a feţei apare mică, cu obrajii supţi, iar ridurile (asemănătoare unei pungi strânse la gură) din jurul orificiului bucal se accentuează. Prognatismul favorizează apariţia unor fisuri la nivelul comisurilor bucale, afecţiune denumită *cheilită angulară*. Cu timpul, structurile osoase ale maxilarelor în care se găsesc alveolele dentare se resorb, acest proces afectând în special mandibula.

Vezi Capitolul 7, Capul şi gâtul, pag. 231-236.

Incidenţa ganglionilor limfatici cervicali palpabili scade cu vârsta şi, potrivit unui studiu, este sub 50% în grupa de vârstă 50-60 ani. Spre deosebire de ganglionii limfatici, glandele salivare submandibulare devin uşor de palpat.

Toracele şi plămânii. Odată cu înaintarea în vârstă, toleranţa la efort scade. Peretele toracic devine mai rigid, mai puţin mobil, forţa de contracţie a muşchilor respiratori se reduce, iar plămânii îşi pierd reculul elastic. Masa pulmonară scade, iar volumul rezidual creşte. Viteza fluxului expirator cu efort muscular maximal scade progresiv, iar tusea devine mai puţin eficientă.

Modificările scheletice asociate procesului de îmbătrânire accentuează curbura dorsală a coloanei vertebrale toracice, determinând apariţia cifozei prin colapsul vertebrelor cauzat de osteoporoză şi creşterea diametrului antero-posterior al toracelui. Acest aspect de „torace în butoi” are însă un efect minim asupra funcţiei respiratorii.

Aparatul cardiovascular. Afecţiunile aparatului cardiovascular variază semnificativ cu vârsta. Îmbătrânirea influenţează semnificaţia clinică a suflurilor vasculare de la nivelul gâtului, a zgomotelor cardiace supraadăugate (Z_3 şi Z_4) şi a anumitor sufluri sistolice.

Revedeţi efectele procesului de îmbătrânire asupra tensiunii arteriale şi a frecvenţei cardiace descrise la pag. 336-337.

Vasele gâtului. Alungirea şi tortuozitatea aortei şi a ramurilor sale determină în unele cazuri angulaţia sau curbarea arterei carotide la baza gâtului, în special pe partea dreaptă. Masa pulsatilă rezultată, care apare mai ales la femeile cu hipertensiune arterială, poate fi confundată cu un anevrism carotidian – dilataţia

adevărată a arterei. O aortă tortuoasă poate determina uneori creșterea presiunii în venele jugulare stângi prin împiedicarea drenajului venos la nivelul toracelui.

La persoanele în vârstă, prezența suflurilor sistolice în porțiunile mijlocie și superioară ale arterelor carotide sugerează, dar nu demonstrează, obstrucția arterială parțială prin leziuni aterosclerotice. În schimb, la persoanele tinere suflurile cervicale sunt de obicei funcționale.

Zgomotele cardiace supraadăugate Z_3 și Z_4. *Zgomotul Z_3 fiziologic*, întâlnit frecvent la copii și la adulții tineri, poate persista până la vârsta de 40 de ani, în special la femei. După aceasta vârstă însă, prezența Z_3 este un argument puternic pentru diagnosticul de insuficiență cardiacă congestivă prin supraîncărcarea de volum a ventriculului stâng, cum se întâmplă în boala coronariană sau în bolile cardiace valvulare (de exemplu, regurgitarea mitrală). Spre dosebire de Z_3, *zgomotul Z_4* apare rar la adulții tineri, exceptând atleții de performanță. Z_4 se poate ausculta la persoanele în vârstă sănătoase, dar, de obicei, sugerează scăderea complianței ventriculare și alterarea umplerii ventriculare.

Vezi Planșa 9-8, Zgomote cardiace supraadăugate în diastolă, pag. 382.

Suflurile cardiace. La adulții de vârstă mijlocie și avansată se întâlnește frecvent un *suflu sistolic aortic*. Acesta este prezent la aproximativ o treime din persoanele aflate în jurul vârstei de 60 de ani și la peste jumătate dintre cele care se apropie de vârsta de 85 de ani. Odată cu înaintarea în vârstă are loc îngroșarea prin țesut fibros și calcificarea bazelor cuspidelor aortice, cu apariția unor vibrații audibile. Turbulența produsă de fluxul sanguin în aorta dilatată intensifică și mai mult acest suflu sistolic. La majoritatea indivizilor, procesul de fibrozare și calcificare – cunoscut sub denumirea de *scleroză aortică* – nu împiedică fluxul sanguin. În unele cazuri, cuspidele valvei aortice devin calcificate și imobile, dezvoltându-se astfel *stenoza aortică* cu obstrucția fluxului sanguin. O pantă ascendentă amplă a pulsului carotidian poate diferenția scleroza aortică de stenoza aortică, în care panta ascendentă a pulsului este întârziată, dar diagnosticul diferențial între scleroza aortică și stenoza aortică este dificil. Ambele afecțiuni cresc riscul de morbiditate și mortalitate cardiovasculară.

Modificări similare au loc și la nivelul valvei mitrale, de obicei debutând cu aproximativ o decadă mai târziu decât scleroza aortică. Calcificarea inelului valvular mitral împiedică închiderea normală a valvei în timpul sistolei, ceea ce determină apariția suflului sistolic de *regurgitare mitrală*. Acest suflu poate deveni patologic pe măsură ce supraîncărcarea de volum a ventriculului stâng se accentuează.

Sistemul vascular periferic. Procesul îmbătrânirii în sine determină relativ puține modificări semnificative din punct de vedere clinic la nivelul sistemului vascular periferic. Deși bolile arterelor și venelor periferice, în special ateroscleroza, afectează mai frecvent persoanele în vârstă, ele nu pot fi considerate o componentă a procesului natural de îmbătrânire. Arterele periferice tind să se alungească, devin tortuoase, mai dure și mai puțin elastice. Totuși, aceste modificări nu indică neapărat prezența aterosclerozei sau afectarea vaselor coronare și cerebrale.

Modificările obișnuite, asociate îmbătrânirii, de la nivelul țesutului cutanat, unghiilor și părului descrise anterior nu sunt specifice pentru insuficiența arterială, deși ele sunt clasic asociate cu aceasta. Totuși, dispariția pulsului arterial nu este tipică și impune o examinare atentă. Rar, la persoanele de peste 50 de ani, arterele temporale pot fi afectate de arterita cu celule gigante sau temporală, afecțiune care conduce la pierderea vederii în 15% din cazuri, cefalee și claudicație maxilară. Vârsta medie de debut a bolii este de 72 de ani. O atenție deosebită trebuie

acordată posibilității dezvoltării anevrismului de aortă abdominală la adulții vârstnici, mai ales la bărbați, fumători și cei cu boală coronariană, manifestat prin durere abdominală sau dorsolombară.

Sânii și axilele. Sânul normal al adultului are o consistență moale sau granulară, nodulară. Această textură neuniformă reprezintă nodularitatea fiziologică a sânilor, care poate fi prezentă bilateral, palpabilă în toată masa organului sau numai în anumite zone. La femei, pe măsura înaintării în vârstă, țesutul glandular mamar se atrofiază fiind înlocuit cu țesut adipos, iar astfel sânii scad în dimensiuni. Deși procentul de țesut adipos crește, masa totală a sânului se reduce, sânii capătă un aspect ptozat, iar consistența lor este flască. Ductele care înconjoară mamelonul devin palpabile sub forma unor benzi ferme și fibroase. Pilozitatea axilară se reduce.

Abdomenul. La persoanele de vârstă mijlocie și avansată, țesutul adipos tinde să se acumuleze la nivelul abdomenului inferior și în jurul șoldurilor, chiar și atunci când greutatea corporală rămâne stabilă. Această acumulare asociată cu diminuarea tonusului mușchilor abdominali, determină apariția unui abdomen moale și proeminent. Unii pacienți observă această modificare cu îngrijorare, interpretând-o ca acumulare de lichid sau semn de boală.

Semnele și simptomele afecțiunilor abdominale acute pot fi atenuate de către procesul de îmbătrânire. Durerea este mai puțin severă, febra are intensitate mai scăzută, iar semnele de inflamație peritoneală, precum apărarea musculară și durerea la decompresiunea bruscă a unei zone din abdomen pot fi diminuate sau chiar absente.

Vezi Capitolul 11, Abdomenul, pag. 415-470.

Aparatul genital masculin și feminin, anusul, rectul, și prostata. Pe măsură ce bărbații înaintează în vârstă, libidoul pare să rămână nemodificat, deși frecvența contactelor sexuale scade. Scăderea nivelurilor testosteronului este însoțită de anumite modificări fiziologice. Erecția devine mai dependentă de stimularea tactilă și mai puțin receptivă la stimularea erotică. Dimensiunile penisului se reduc, iar testiculele coboară mai jos în scrot. Bolile de lungă durată, mai mult decât îmbătrânirea, conduc la micșorarea dimensiunilor testiculelor. Pilozitatea pubiană se reduce și își pierde pigmentația. Disfuncția erectilă, sau incapacitatea de a obține o erecție, afectează aproximativ 50% dintre bărbații vârstnici. Printre cauzele frecvente se numără insuficiența arterială hipogastro-cavernoasă și drenarea excesivă a sângelui prin venulele subtunicale.[9]

La femei, funcția ovariană începe să scadă în a cincea decadă de viață; în medie, ciclul menstrual dispare între 45 și 52 de ani. Pe măsură ce stimularea estrogenică se diminuează, unele femei prezintă bufeuri de căldură, uneori pe o perioadă de până la 5 ani. Simptomele variază de la bufeuri, transpirații și palpitații până la frisoane și anxietate. Perturbările somnului și tulburările afective sunt frecvente. Femeile pot acuza senzație de uscăciune la nivelul vaginului, senzație de micțiune imperioasă sau dispareunie. De asemenea apar modificări vulvovaginale: pilozitatea pubiană se reduce și își pierde pigmentația; labiile și clitorisul scad în dimensiuni. Vaginul se îngustează și se scurtează, iar mucoasa vaginală devine subțire, palidă și uscată, cu pierderea lubrifierii. Dimensiunile uterului și ale ovarelor scad. De obicei, la 10 ani după menopauză ovarele devin nepalpabile. Ligamentele suspensoare ale anexelor, ale uterului și ale vezicii urinare își pierd elasticitatea. În general, sexualitatea și libidoul nu sunt afectate, mai ales dacă nu există probleme de cuplu, pierderea partenerului, sau stres cotidian neobișnuit.[10]

La bărbați proliferarea țesuturilor epitelial și stromal ale prostatei, denumită hiperplazie benignă de prostată (HBP), începe în a treia decadă de viață, dar hipertrofia de prostată se întâlnește doar la jumătate dintre aceștia, iar simptomele

apar la numai jumătate dintre cei cu hipertrofie de prostată.[11] Simptome precum dificultăţi la iniţierea micţiunii, urinarea lentă, picurarea la sfârşitul micţiunii şi senzaţia de golire incompletă a vezicii urinare pot fi determinate şi de alte cauze decât HBP, precum boli coexistente, diverse medicamente, afecţiuni ale tractului urinar inferior. Hiperplazia continuă să mărească volumul prostatei până în decada a şaptea de viaţă, când atinge un platou. Aceste modificări sunt androgen-dependente.

Sistemul osteomuscular. Modificările musculo-scheletice continuă pe parcursul vârstei adulte. La scurt timp după atingerea vârstei adulte, apar scăderi subtile ale înălţimii; diminuarea semnificativă a staturii este evidentă la persoanele în vârstă. Cea mai importantă reducere a înălţimii are loc la nivelul trunchiului – discurile intervertebrale devin mai subţiri, iar osteoporoza determină reducerea dimensiunilor sau chiar colapsul corpurilor vertebrale. Flexia genunchilor şi a şoldurilor poate de asemenea contribui la reducerea staturii vârstnicului. Alterările discurilor intervertebrale şi ale vertebrelor determină la vârstnici apariţia cifozei, cu creşterea diametrului antero-posterior al toracelui, observată în special la femei. Din aceste motive, membrele persoanelor în vârstă par lungi în comparaţie cu trunchiul.

Pe măsura înaintării în vârstă, muşchii scheletici îşi reduc volumul şi forţa, iar ligamentele îşi pierd capacitatea de tracţiune. Prezenţa osteoartritei contribuie parţial la diminuarea amplitudinii mişcărilor.

Sistemul nervos. Procesul de îmbătrânire poate interesa toate componentele sistemului nervos, de la statusul mental la funcţia motorie, senzitivă şi reflexe. Afectarea sistemului nervos asociată îmbătrânirii este greu de acceptat de către pacienţi. Vârstnicii se confruntă cu decesul persoanelor dragi şi al prietenilor, pierderea prin pensionare a aprecierii muncii depuse, scăderea venitului, reducerea capacităţilor fizice precum alterarea vederii şi a auzului, şi izolarea socială din ce în ce mai accentuată. Mai mult, îmbătrânirea determină modificări biologice la nivelul creierului. Volumul creierului şi numărul celulelor corticale scad. De asemenea, au fost identificate atât modificări microanatomice cât şi biochimice. Cu toate acestea, majoritatea persoanelor se acomodează bine cu înaintarea în vârstă, păstrându-şi respectul de sine, adaptându-se la modificarea capacităţilor funcţionale şi la noile circumstanţe şi pregătindu-se pentru sfârşitul vieţii.

Majoritatea pacienţilor vârstnici nu prezintă modificări la examinarea statusului mental, dar anumite tulburări devin evidente în special la vârste avansate. Mulţi pacienţi acuză tulburări de memorie, explicaţia cea mai frecventă fiind „amnezia benignă" care poate apărea la orice vârstă. Acest termen se referă la dificultatea de a evoca numele proprii, denumirea obiectelor şi anumite detalii ale unor evenimente specifice. Identificarea acestui fenomen frecvent poate înlătura temerile privind boala Alzheimer, atunci când este cazul. În afara acestei amnezii circumscrise, vârstnicii reţin, procesează şi învaţă informaţiile noi mai greu. Răspunsul motor este mai lent, iar abilitatea lor de a efectua sarcini complexe este mai redusă.

De multe ori medicul este nevoit să facă deosebirea între modificările sistemului nervos asociate procesului de îmbătrânire şi manifestările unor boli psihice, precum depresia şi demenţa, a căror prevalenţă creşte cu vârsta. Intrepretarea acestor manifestări este dificilă, deoarece atât tulburările afective cât şi cele cognitive alterează capacitatea pacientului de a recunoaşte şi relata simptomele. Pacienţii vârstnici sunt de asemenea mai predispuşi la delir, o stare de confuzie temporară care poate reprezenta un prim indiciu de infecţie sau administrare necorespunzătoare a medicamentelor. Medicul trebuie să recunoască prompt aceste afecţiuni şi să protejeze pacientul de pericol. Unele simptome şi semne, precum modificările funcţiilor auditivă şi vizuală, descrise anterior, modificările mişcărilor extraoculare, sau ale

dimensiunii, formei şi reactivităţii pupilare, sunt rar întâlnite la pacienţii tineri, dar apar atât de frecvent la vârstnici, încât ele pot fi atribuite procesului de îmbătrânire în sine.

Modificările motorii sunt frecvente. Pacienţii în vârstă se mişcă şi reacţionează mai lent, cu o agilitate mai scăzută comparativ cu pacienţii tineri, iar muşchii scheletici îşi reduc volumul. Atrofierea muşchilor interosoşi determină reducerea dimensiunii musculaturii de la nivelul feţelor dorsale ale mâinilor şi apariţia de concavităţi sau şanţuri, mâinile vârstnicilor devenind astfel mai osoase şi subţiri. Aşa cum este ilustrat la pag. 678-679, această modificare poate apărea iniţial între police şi restul mâinii (între primul şi al doilea os metacarpian), dar se poate observa şi între celelalte oase metacarpiene. Atrofia musculară determină şi aplatizarea eminenţelor tenară şi hipotenară de la nivelul palmei. Muşchii membrelor superioare şi inferioare pot de asemenea prezenta semne de atrofie, ceea ce face ca dimensiunile articulaţiilor adiacente să pară exagerate. Forţa musculară, deşi diminuată, rămâne relativ satisfăcătoare.

Revedeţi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală. Examinarea statusului mental, pag. 145-152, şi Planşa 20-2, Delirul şi demenţa, pag 931.

Ocazional, vârstnicii prezintă un tremor esenţial benign al capului, mandibulei, buzelor sau mâinilor, care poate fi confundat cu parkinsonismul (pag. 720-721). Totuşi, spre deosebire de tremorul parkinsonian, în tremorul benign mişcările sunt mai rapide şi dispar în repaus, iar rigiditatea musculară este absentă.

Vezi Capitolul 17, Sistemul nervos, Planşa 17-4, Tremorul şi mişcările involuntare, pag 720-721.

Procesul de îmbătrânire afectează de asemenea sensibilitatea vibratorie şi reflexele. Adesea, la vârstnici este abolită parţial sau în totalitate sensibilitatea vibratorie de la nivelul picioarelor şi a gleznelor (dar nu şi cea de la nivelul degetelor mâinilor sau a gambelor). Mai rar, sensibilitatea proprioceptivă scade sau poate dispărea. Reflexul faringian poate fi diminuat sau absent. Reflexele abdominale pot diminua sau dispărea. Reflexul achilean poate fi redus sau absent bilateral, chiar şi atunci când se folosesc manevre de amplificare. Modificări similare afectează, mai puţin frecvent, şi reflexul rotulian. De asemenea, răspunsurile plantare devin mai puţin evidente şi mai greu de interpretat, în parte din cauza afectării musculo-scheletice de la nivelul piciorului. Atunci când aceste semne sunt însoţite de alte tulburări neurologice, sau dacă modificările reflexelor şi atrofia musculară sunt asimetrice, trebuie căutată şi o altă explicaţie în afara procesului fiziologic de îmbătrânire.

ANAMNEZA

ABORDAREA PACIENTULUI

Discuţia cu pacienţii vârstnici impune rafinarea metodelor uzuale de obţinere a istoricului medical. Conduita medicului trebuie să exprime respect, răbdare şi receptivitate la aspectele culturale ale îmbătrânirii. Adresaţi-vă pacientului folosind titlul adecvat şi numele de familie al acestuia.

Abordarea pacientului vârstnic

- Adaptarea ambianţei cabinetului medical
- Adaptarea conţinutului şi ritmului vizitei medicale
- Depistarea simptomelor
- Abordarea dimensiunilor culturale ale îmbătrânirii



Adaptarea ambianței cabinetului medical. Înainte de începerea vizitei medicale, ajustați mediul ambiant al cabinetului, spitalului sau căminului de bătrâni pentru a oferi confort pacientului. Având în vedere modificările fiziologice ale mecanismului termoreglării, asigurați-vă că temperatura cabinetului nu este prea ridicată sau prea scăzută. O lumină mai puternică compensează modificările proteinelor din structura cristalinului – o cameră bine iluminată permite pacientului vârstnic să observe expresiile feței și gesturile medicului. Așezați-vă față în față și la aceeași înălțime cu pacientul.

Peste 50% dintre vârstnici au deficiențe de auz, fiind afectată în special percepția sunetelor înalte, iar o cameră liniștită, fără zgomote care distrag atenția, este cel mai potrivit cadru pentru o bună comunicare cu pacientul. În spitale, înainte de începerea unei conversații cu bolnavii, opriți aparatele de radio și televizoarele. Atunci când este cazul se pot folosi aparate auditive „de buzunar", un microfon care amplifică vocea și se conectează la o cască plasată în urechea pacientului. Folosiți o tonalitate mai joasă a vocii și asigurați-vă că pacientul folosește ochelarii de vedere, aparatul auditiv și proteza dentară, atunci când sunt necesare comunicării. Pentru vârstnicii care prezintă slăbiciune a mușchilor cvadricepși sunt utile scaunele mai înalte și un taburet lat cu bară de susținere orientată spre masa de examinare.[12]

Adaptarea conținutului și ritmului consultației medicale. În examinarea persoanelor vârstnice poate fi necesară modificarea etapelor tradiționale ale consultației inițiale sau ale celei de urmărire. După vârsta mijlocie, oamenii încep să-și măsoare viața mai degrabă în ani rămași decât în ani trăiți. Frecvent, pacienții în vârstă rememorează trecutul și reflectă asupra experiențelor trăite. Ascultarea acestei analize a vieții este o modalitate valoroasă de cunoaștere a vârstnicului și ajută medicul să fie alături de pacienți în depășirea sentimentelor dureroase și regăsirea bucuriilor și a satisfacțiilor vieții.

Totodată este important să menții un echilibru între necesitatea evaluării problemelor complexe și rezistența sau posibila fatigabilitate a pacientului. Pentru a aloca un timp suficient ascultării cu atenție a relatărilor pacientului și a evita epuizarea acestuia, folosiți metode rapide de screening, informațiile furnizate de vizitele la domiciliu, documente medicale sau relatările membrilor familiei, ale asistenților sociali și ale disciplinelor medicale înrudite. Luați în considerare posibilitatea de a diviza consultația inițială în două părți. Două sau mai multe consultații scurte pot fi mai puțin obositoare și mai productive, deoarece vârstnicii au nevoie de mai mult timp pentru a răspunde la întrebări, iar explicațiile lor pot fi lente și evazive.

Vezi metode rapide de screening, pag 914.

Depistarea simptomelor la pacientul vârstnic. Obținerea anamnezei la vârstnici necesită multă rigurozitate din partea medicului: în mod intenționat sau involuntar, pacienții omit să relateze unele simptome; manifestările bolilor acute pot fi diferite la persoanele în vârstă; simptomele obișnuite pot masca un sindrom geriatric; vârstnicii pot avea deficiențe cognitive.

Pacienţii în vârstă au tendinţa să-şi supraestimeze starea de sănătate atunci când se confruntă cu accentuarea afecţiunilor şi a dizabilităţilor.[12] Cea mai potrivită modalitate de începere a anamnezei este folosirea întrebărilor deschise precum: „Cu ce vă pot ajuta?" Vârstnicii pot fi reticenţi în a relata simptomele. Unora dintre pacienţi le este teamă, iar alţii se simt jenaţi sau încearcă să evite cheltuielile pentru serviciile medicale şi disconfortul diagnosticării şi tratamentului. Unii pacienţi ignoră simptomele, le atribuie procesului de îmbătrânire şi le neglijează. Pentru a reduce riscul diagnosticării tardive şi întârzierii începerii tratamentului, este necesar ca medicul să adreseze întrebări mai directe pacientului, să folosească metode de screening şi să se consulte cu membrii familiei sau asistenţii sociali.

La vârstnici tabloul clinic al bolilor acute poate fi diferit. Infecţiile se însoţesc mai rar de febră. Prezenţa durerii toracice în infarctul miocardic scade odată cu înaintarea în vârstă, iar dispneea, sincopa, accidentele vasculare cerebrale şi stările de confuzie devin mai frecvente.[13] Vârstnicii cu hipertiroidism şi hipotiroidism prezintă mai puţine simptome şi semne ale bolii. În hipertiroidism, fatigabilitatea, scăderea în greutate şi tahicardia reprezintă triada de simptome cea mai frecvent întâlnită la pacienţii cu vârsta de peste 50 de ani.[14] Anorexia şi fibrilaţia atrială sunt mai probabile la pacienţii în vârstă, iar intoleranţa la căldură, transpiraţiile excesive şi hiperreflexia se întâlnesc mai rar. În hipotiroidism, fatigabilitatea şi senzaţia de slăbiciune sunt frecvente, dar foarte nespecifice; intoleranţa la frig, paresteziile, creşterea în greutate şi crampele musculare sunt simptome frecvent întâlnite la pacienţii tineri, dar rare la vârstnici.[15]

Conduita medicală în cazul unui pacient vârstnic cu multiple afecţiuni se bazează pe recunoaşterea asocierilor unor simptome caracteristice pentru diferite *sindroame geriatrice*. Acestea au următoarele caracteristici: origine multifactorială; specifice vârstnicilor, deseori taraţi; frecvent precipitate de o boală acută; episodice; urmate adesea de un declin funcţional. Deoarece nu există încă un consens asupra definiţiei, unii autori preferă termenul de *afecţiuni geriatrice* sau „grup de simptome şi semne frecvente la pacienţii vârstnici, care nu sunt neapărat asociate unei boli anume".[16] Afecţiunile sau sindroamele geriatrice includ: delirul, tulburările cognitive, căderile, senzaţiile de ameţeală, depresia, incontinenţa urinară şi tulburările capacităţii funcţionale.[16,17] Studenţii trebuie să înţeleagă aceste sindroame deoarece simptomele pot fi corelate într-o manieră necunoscută de către pacient. Un „diagnostic unitar" tipic se stabileşte în mai puţin de 50% din cazuri.[18]

De asemenea, studentul trebuie să cunoască modul în care tulburările cognitive afectează anamneza. Dovezile sugerează că atunci când vârstnicii raportează simptomele, relatările lor sunt credibile şi conţin mai multe informaţii decât cele obţinute de la membrii familiei sau din surse colaterale.[19-21] Chiar şi pacienţii cu tulburări cognitive minore oferă suficiente date pentru identificarea afecţiunilor asociate.[9] Folosiţi propoziţii simple pentru a obţine informaţiile necesare. În cazul bolnavilor cu tulburări cognitive mai severe, obţineţi confirmarea simptomelor cheie de către membrii familiei sau asistenţii sociali în prezenţa pacientului şi având consimţământul acestuia.

Învăţaţi să recunoaşteţi şi să evitaţi stereotipurile care împiedică considerarea fiecărui pacient ca fiind unic, cu o bogată experienţă de viaţă. Aflaţi percepţia pacienţilor privind propria persoană şi situaţie. Înţelegeţi priorităţile şi ţelurile vârstnicilor, precum şi metodele lor de depăşire a dizabilităţilor. Aceste cunoştinţe, alături de îngrijirile medicale şi planificarea tratamentului, consolidează relaţia medicului cu pacientul vârstnic.

RECOMANDĂRI PENTRU O COMUNICARE EFICIENTĂ CU PACIENTUL VÂRSTNIC

- Folosiţi o încăpere bine iluminată, cu temperatură potrivită, zgomot de fond cât mai redus, scaune şi acces la masa de examinare care pot fi utilizate în siguranţă
- Aşezaţi-vă faţă în faţă cu pacientul şi asiguraţi-vă că acesta poartă ochelarii de vedere, aparatul auditiv şi proteza dentară, dacă este cazul.
- Ajustaţi ritmul şi conţinutul consultaţiei medicale în funcţie de rezistenţa pacientului; luaţi în calcul posibilitatea divizării consultaţiei iniţiale în două sau mai multe vizite atunci când este cazul.
- Alocaţi timp pentru întrebările deschise şi evocarea trecutului; includeţi membrii familiei şi asistenţii sociali atunci când este necesar, mai ales dacă pacientul are tulburări cognitive.
- Folosiţi metode rapide de screening, documente medicale şi pe cele provenite de la discipline medicale înrudite.
- Evaluaţi cu atenţie simptomele, în special fatigabilitatea, inapetenţa, senzaţia de ameţeală şi durerea pentru a depista afecţiunile asociate.
- Redactaţi instrucţiunile scrise cu litere mari, uşor de citit.

Abordarea dimensiunilor culturale ale îmbătrânirii. Medicii trebuie să acumuleze cunoştinţe, devenind conştienţi de convingerile şi cultura care modelează răspunsul vârstnicului la boală şi interacţiunea lui cu sistemul de sănătate.[23] Între anii 1990 şi 2000, populaţia hispanică, afro-americană, americană indigenă şi alte grupuri etnice reprezentau aproximativ 43% din creşterea totală a populaţiei. Până în anul 2050, populaţia vârstnică va creşte în ansamblu cu 230%, iar populaţia vârstnică a minorităţilor va creşte cu 510%. Categoriile largi folosite în rapoartele federale nu mai cuprind spectrul amplu al diferenţelor culturale care afectează modul în care vârstnicii înţeleg suferinţa, boala şi deciziile legate de îngrijirile medicale, de la folosirea terapiilor alternative până la periodicitatea vizitelor medicale. Grupurile de emigranţi şi refugiaţi din SUA cu nevoi speciale de îngrijiri medicale includ persoanele de origine vietnameză, laoţiană, haitiană, somaleză, rusă, est-europeană, afgană şi bosniacă.

Diferenţele culturale influenţează epidemiologia bolilor şi a tulburărilor psihice, procesul de aculturaţie, temerile specifice ale vârstnicilor, potenţialul diagnosticării greşite şi deosebirile în evoluţia bolilor.[25-28] Revedeţi componentele conştiinţei de sine necesare competenţei culturale, discutate în Capitolul 3 (pag. 87-91). Familiarizaţi-vă cu modalităţile culturale specifice de exprimare a respectului faţă de persoanele vârstnice şi folosiţi mijloace de comunicare non-verbală adecvate. De exemplu, contactul vizual direct sau strângerea mâinii ar putea fi nepotrivite din punct de vedere cultural. Identificaţi experienţele determinate de ţara de origine sau de istoricul emigrării care au marcat concepţiile şi psihicul pacientului. Întrebaţi dacă pacientul a apelat la îndrumători spirituali sau vindecători.

Valorile culturale influenţează deciziile legate de sfârşitul vieţii. Vârstnicii, familia şi chiar comunitatea pot lua aceste hotărâri împreună cu pacientul sau pentru acesta. Asemenea decizii de grup contrastează cu autonomia pacientului şi consimţământul informat, pe care mulţi furnizori de servicii medicale le apreciază, presupunând automat că sunt dorite de toţi pacienţii.[24] Înţelegerea impactului emigraţiei şi al aculturaţiei, folosirea eficientă a traducătorilor,

folosirea membrilor familiei şi ai comunităţii ca „ambasadori ai pacienţilor", utilizarea metodelor culturale de evaluare validate precum Scala geriatrică a depresiei sunt elemente importante pentru îngrijirea empatică a vârstnicului.[26]

Vezi Capitolul 3, Anamneza şi istoricul medical, secţiunea despre folosirea traducătorilor, pag. 78-79.

ARII SPECIALE DE INTERES ÎN EVALUAREA SIMPTOMELOR FRECVENTE SAU ALARMANTE

Simptome frecvente

- Activităţile fundamentale cotidiene
- Activităţile complexe cotidiene
- Medicaţia
- Starea de nutriţie
- Durerea acută şi persistentă
- Fumatul şi consumul de alcool
- Documentele legale anticipative şi îngrijirea paliativă

În cazul pacientului vârstnic, simptomele pot avea multe semnificaţii şi pot fi interconectate, aşa cum s-a putut observa în cazul sindroamelor geriatrice. Analizaţi aceste simptome, la fel ca în cazul unui pacient obişnuit şi revedeţi secţiunea Simptome frecvente sau alarmante din capitolele anterioare. Interpretaţi simptomele în contextul evaluării globale a capacităţii funcţionale. Câteva aspecte necesită o atenţie deosebită în cursul efectuării anamnezei. Abordaţi următoarele probleme cu meticulozitate şi sensibilitate, punând accent pe ajutarea vârstnicului în menţinerea unei bunăstări şi a unei capacităţi funcţionale optime.

Activităţile fundamentale zilnice. Cunoaşterea modului în care pacienţii vârstnici, în special cei cu boli cronice, fac faţă activităţilor zilnice este foarte importantă şi furnizează un punct de referinţă pentru viitoarele consultaţii medicale. Evaluaţi iniţial capacitatea de a efectua *activităţile fundamentale cotidiene* (ADL – „Activities of Daily Living") – care constau în abilităţi de bază legate de îngrijirea proprie – şi apoi *activităţile complexe cotidiene* (IADL – „Instrumental Activities of Daily Living"), descrise în pagina următoare. Este pacientul capabil să efectueze aceste activităţi independent, are nevoie de ajutor, sau este complet dependent de alte persoane?

Este de dorit ca dialogul să fie început cu întrebări deschise precum: „Povestiţi-mi despre ziua dumneavoastră obişnuită" sau „Povestiţi-mi despre ce aţi făcut ieri". Apoi se pot cere mai multe detalii ... V-aţi trezit la 8 dimineaţa? Cum vă simţiţi când vă ridicaţi din pat? ... Ce aţi făcut după ce v-aţi ridicat din pat? Întrebaţi pacientul dacă există schimbări în funcţionalitate, cine poate să îl ajute şi cu ce este ajutat de către alte persoane. Nu trebuie uitat că una dintre priorităţi este evaluarea siguranţei pacientului.

Medicaţia. Statisticile referitoare la medicamentele eliberate pe bază de reţetă demonstrează importanţa obţinerii unui istoric complet al medicaţiei pacientului.[3] Aproximativ 80% din pacienţii vârstnici au cel puţin o boală cronică şi iau în fiecare zi cel puţin un medicament eliberat pe bază de reţetă. Aproximativ 30% din toate

ACTIVITĂȚILE ZILNICE FUNDAMENTALE ȘI ACTIVITĂȚILE ZILNICE COMPLEXE

Activitățile fundamentale cotidiene (ADL)	*Activitățile complexe cotidiene (IADL)*
Spălatul	Folosirea telefonului
Îmbrăcatul	Efectuarea cumpărăturilor
Igiena/ toaleta proprie	Gătitul
Mişcările de transfer	Efectuarea curăţeniei în casă
Menţinerea continenţei urinare şi fecale	Spălatul hainelor
Mâncatul	Utilizarea mijloacelor de transport
Folosirea banilor	Administrarea medicamentelor

reţetele sunt prescrise pentru pacienţii de peste 65 de ani, iar 30% dintre aceştia iau mai mult de opt medicamente pe zi. Peste 50% din reacţiile adverse la medicamente care au fost raportate şi necesită spitalizare se întâlnesc la vârstnici. Această observaţie reflectă modificările farmacodinamice ale distribuţiei, metabolizării şi eliminării medicamentelor, modificări care cresc riscul acestor pacienţi.

Investigaţi amănunţit istoricul medicaţiei, inclusiv denumirea, doza, frecvenţa administrării şi indicaţia fiecărui medicament. De asemenea, analizaţi toate componentele polifarmaciei, inclusiv tratamentul suboptimal, folosirea concomitentă a mai multor medicamente, subutilizarea medicamentelor, administrarea neadecvată şi noncomplianţa pacientului. Întrebaţi despre utilizarea medicamentelor eliberate fără prescripţie medicală, vitaminelor, suplimentelor nutritive, medicamentelor psihoactive precum narcotice, benzodiazepine, droguri recreaţionale. Evaluaţi interacţiunile dintre medicamente. Trataţi cu multă atenţie insomnia, care apare la aproximativ 40% din vârstnici. Intensificarea activităţii fizice poate fi cel mai bun remediu. De menţionat este şi faptul că medicaţia reprezintă cel mai comun factor de risc modificabil asociat cu căderile. Recapitulaţi strategiile de evitare a polifarmaciei cu îndrumătorii. O alegere înţeleaptă este prescrierea unui număr cât mai mic de medicamente. Studiaţi interacţiunile dintre medicamente şi agenţii medicamentoşi contraindicaţi la vârstnici.[29,30]

Starea de nutriţie. Istoricul alimentaţiei şi investigarea rapidă a aportului alimentar sau utilizarea Listei pentru screening-ul nutriţiei sunt foarte importante la pacienţii vârstnici. Prevalenţa subnutriţiei creşte cu vârsta, afectând 5-10% dintre vârstnicii nespitalizaţi şi 30-50% dintre cei spitalizaţi.[31] Un risc mai mare au pacienţii cu boli cronice, în special cei cu afecţiuni dentare, ale cavităţii bucale, sau gastrointestinale, depresie sau alte boli psihiatrice, precum şi cei care utilizează medicamente care afectează apetitul sau secreţia salivară. În cazul pacienţilor subponderali, albumina serică este un factor de risc independent pentru mortalitatea de orice cauză.[32]

Durerea acută şi persistentă. Durerea şi simptomele asociate acesteia sunt responsabile de 80% dintre prezentările la medic. Prevalenţa durerii este de 25-50% la adulţii care locuiesc în comunitate şi de 40-80% la rezidenţii căminelor de bătrâni. Durerea este de obicei de cauză musculo-scheletică, pacienţii acuzând durere dorsolombară şi la nivelul articulaţiilor.[33] Cefaleea, nevralgiile cauzate de diabetul zaharat şi zona zoster, durerea nocturnă la nivelul membrelor inferioare

şi durerea neoplazică sunt de asemenea frecvente. Vârstnicii raportează mai rar durerea, fapt care conduce la exacerbarea suferinţei, depresie, izolare socială, dizabilitate fizică şi pierderea funcţionalităţii. Societatea Americană de Geriatrie preferă termenul de *durere persistentă*, deoarece durerea cronică este asociată cu stereotipuri negative.[34]

Durerea este un simptom subiectiv, iar unii autori o descriu mai degrabă ca un spectru de afecţiuni decât ca „al cincilea semn vital".[35] Vezi discuţia de la pag. 121-124.

Caracteristicile durerii acute şi persistente

Durerea acută	Durerea persistentă
Debut cert	Durată de peste 3 luni
Patologie evidentă	Frecvent asociată cu tulburări psihologice sau funcţionale
Durată scurtă	Caracter şi intensitate fluctuante în timp
Cauze frecvente: postoperator, traumatisme, cefalee	Cauze frecvente: artrită, neoplazii, claudicaţie, crampe la nivelul membrelor inferioare, neuropatie, radiculopatie

(Sursa: Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics at Your Fingertips: 2004, 6th ed., p. 110. Malden, MA: Blackwell Publishing, Inc., for the American Geriatrics Society, 2004.)

Investigaţi prezenţa durerii *de fiecare dată* când examinaţi un pacient vârstnic. Evaluarea durerii la vârstnici reprezintă o provocare. Unii pacienţi nu raportează simptomele din cauza temerilor legate de investigaţii suplimentare, costuri sau progresia bolii.[35] Pot exista tulburări cognitive sau verbale şi bariere de încredere, limbă sau culturale. De asemenea, pacienţii relatează afecţiuni multiple, fapt care îngreunează interpretarea durerii. Dovezile arată că raportarea durerii, chiar şi de către cei cu tulburări cognitive uşoare sau moderate, este totuşi credibilă. Folosiţi întrebări directe, „Vă doare ceva acum? Aţi avut vreo durere în ultima săptămână?" Acordaţi atenţie semnelor de durere netratată, precum folosirea de către pacient a termenilor de „arsură", „disconfort", „jenă", existenţa unei stări depresive sau a modificărilor de mers sau postură neînsoţite de exprimarea verbală a durerii. Există în prezent multe scale multidimensionale şi unidimensionale de evaluare a durerii. Scalele unidimensionale precum Scala Analog Vizuală, reprezentări grafice şi Scala Verbală de la 0 la 10, au fost validate şi sunt cel mai uşor de folosit.[33,36] În cazul pacienţilor cu deficite cognitive severe, folosiţi asistenţii sociali sau membrii familiei pentru a obţine informaţiile necesare.

Învăţaţi să distingeţi durerea acută de cea cronică şi să investigaţi amănunţit cauza ei. La vârstnici, confuzia, agitaţia, fatigabilitatea sau iritabilitatea pot fi determinate de afecţiuni care cauzează durere. Investigarea durerii include evaluarea cuprinzătoare a efectelor acesteia asupra calităţii vieţii, activităţilor sociale şi capacităţii funcţionale. Evaluarea multidisciplinară devine necesară atunci când cauza nu poate fi identificată iar riscul dizabilităţilor şi comorbidităţilor este crescut. Studiaţi modalităţile multiple de ameliorare a durerii, de la medicamentele analgezice până la variatele metode nonfarmacologice, în special cele care presupun implicarea directă şi activă a pacienţilor în tratament şi cresc încrederea în sine. Educarea pacientului s-a dovedit

Vezi *Screening geriatric în 10 minute* pentru evaluarea capacităţii funcţionale, pag. 914.

a fi eficientă.[34] Tehnicile de relaxare, tai-chi, acupunctura, masajul, biofeedback-ul pot evita adăugarea altor medicamente.

Fumatul şi consumul de alcool. Fumatul este dăunător la orice vârstă. La fiecare vizită, sfătuiţi pacienţii vârstnici să renunţe la fumat. Luarea hotărârii de a renunţa la fumat poate dura mult timp, dar reprezintă un pas important în reducerea riscului de boli cardiovasculare, pulmonare, tumori maligne şi pierdere a funcţionalităţii zilnice.

Aproximativ 5% până la 10% dintre adulţii cu vârsta peste 65 de ani au probleme legate de consumul de alcool.[37] Prevalenţa pe parcursul vieţii a abuzului sau a dependenţei de alcool în rândul membrilor comunităţii cu vârsta peste 65 de ani variază între 4% şi 8%.[38] Ratele raportate ale alcoolismului la pacienţii vârstnici din spitale, camerele de urgenţă sau clinici a ajuns la 21%, 24% şi respectiv 36% şi sunt responsabile de aproximativ 1% dintre spitalizările întâlnite la această grupă de vârstă.[38] Se estimează că numărul vârstnicilor cu probleme legate de consumul de alcool va creşte în următoarele decade, odată cu îmbătrânirea populaţiei.

În ciuda prevalenţei problemelor asociate consumului de alcool în rândul persoanelor vârstnice, rata de depistare şi tratament a acestora este scăzută. Depistarea este extrem de importantă, deoarece nu mai puţin de 100 de medicamente prezintă interacţiuni cu alcoolul, şi până la 30% dintre consumatorii de alcool adulţi manifestă exacerbări ale afecţiunilor cronice precum ciroză hepatică, sângerări gastrointestinale sau boală de reflux, gută, hipertensiune arterială, diabet zaharat, insomnie, tulburări de mers şi depresie.[39] Căutaţi semnele prezentate în tabelul de mai jos, în special la pacienţii aflaţi în doliu după decesul persoanelor apropiate, la cei care acuză durere, prezintă dizabilităţi, depresie sau au istoric familial de boli asociate consumului de alcool.

DEPISTAREA BOLILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL LA VÂRSTNICI: SEMNE CLINICE

- Pierderi de memorie, tulburări cognitive
- Depresie, anxietate
- Neglijarea igienei personale şi a aspectului fizic
- Apetit scăzut, deficienţe nutriţionale
- Tulburări ale somnului
- Hipertensiune arterială refractară la tratament
- Dificultăţi în controlul glicemiei
- Crize convulsive refractare la tratament
- Tulburări ale echilibrului şi ale mersului, căderi
- Gastrită şi esofagită cu evoluţie recurentă
- Dificultăţi de dozare a warfarinei

(Sursa: American Geriatrics Society, Screening recommendation: clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. Disponibilă la: http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml. Consultată în 23 februarie 2008.)

Folosiţi chestionarul CAGE pentru a depista problemele legate de consumul de alcool. Deşi simptomele şi semnele sunt mai subtile la vârstnici, şi fac dificilă depistarea precoce, cele patru întrebări ale chestionarului CAGE îşi păstrează sensibilitatea şi specificitatea la această grupă de vârstă, utilizând scorul prag convenţional de două sau mai multe.[38,39]

Vezi Capitolul 3, Anamneza şi istoricul medical, Alcoolul şi drogurile ilegale, pag. 84-85.

Documentele legale anticipative şi îngrijirea paliativă. Mulţi pacienţi vârstnici doresc să-şi exprime deciziile legate de sfârşitul vieţii şi preferă ca medicii să iniţieze aceste discuţii înainte de depistarea unei boli grave.[40] Planificarea îngrijirilor medicale în avans are mai multe aspecte – furnizarea informaţiilor, preferinţele pacientului, identificarea reprezentanţilor legali pentru luarea deciziilor, manifestarea empatiei şi încurajarea pacientului. Folosiţi un limbaj simplu şi clar. Puteţi începe dialogul prin asocierea acestor decizii cu o boală curentă sau cu experienţe asemănătoare ale rudelor sau prietenilor. Discutaţi cu pacientul despre formularul cu funcţie de dispoziţie legală DNR (Do Not Resuscitate – „Ordin de neresuscitare") în care se prevede în scris dorinţa pacientului privitoare la măsurile de suport vital „în cazul în care inima şi plămânii încetează să mai funcţioneze sau cedează". În al doilea rând, încurajaţi pacientul să desemneze, prin procură privind îngrijirea sănătăţii sau împuternicire a unui avocat privind îngrijirea sănătăţii, „o persoană care să poată lua hotărâri care reflectă dorinţele dumneavoastră în cazul situaţiilor incerte sau de urgenţă". Aceste conversaţii, deşi dificile la început, transmit respectul medicului şi solidaritatea cu pacientul, ajutându-l pe acesta şi pe membrii familiei să se pregătească deschis şi în avans pentru un sfârşit al vieţii liniştit.[41] Purtaţi aceste discuţii într-un cabinet medical, mai degrabă decât în mediul stresant şi agitat al unităţilor de urgenţă sau terapie intensivă.

Vezi şi Capitolul 3, Pacientul cu capacităţi alterate, pag. 76-77, Decesul şi pacientul cu boală în stadiu terminal, pag. 86-87.

În cazul pacienţilor cu afecţiuni avansate sau terminale, includeţi aceste discuţii într-un plan global de îngrijiri paliative. Scopul acestor îngrijiri este „de a alina suferinţa şi de a îmbunătăţi calitatea vieţii pacienţilor cu boli terminale şi a familiilor acestora prin cunoştinţe şi metode specifice, inclusiv comunicarea cu pacienţii şi membrii familiei; managementul durerii şi al celorlalte simptome; sprijin psihosocial, spiritual şi în perioada de doliu; coordonarea ansamblului de servicii medicale şi sociale."[42] Pentru a ameliora suferinţa pacientului şi a familiei, folosiţi-vă aptitudinile de comunicare: stabiliţi un bun contact vizual cu pacientul; adresaţi întrebări deschise; ţineţi cont de anxietatea, depresia sau schimbările afective ale pacientului; manifestaţi empatie.

PROFILAXIE ŞI CONSILIERE

Aspecte importante pentru profilaxia şi consilierea vârstnicilor

- Indicaţiile screening-ului
- Funcţia vizuală şi cea auditivă
- Exerciţiile fizice
- Imunizările
- Siguranţa la domiciliu
- Screening-ul pentru cancer
- Depresia
- Demenţa şi tulburările cognitive uşoare
- Maltratarea vârstnicilor

Indicaţiile screening-ului. Pe măsură ce speranţa de viaţă a vârstnicilor depăşeşte 80 de ani, apar noi probleme de screening. Datorită eterogenităţii populaţiei vârstnice, principiile de ghidare privind persoanele care ar putea beneficia de screening şi momentul când acesta poate fi stopat sunt utile, deoarece dovezile care să susţină decizia screening-ului nu sunt întotdeauna disponibile. În general, este indicat ca deciziile legate de screening să se

bazeze pe circumstanţele individuale ale fiecărui pacient, mai degrabă decât pe vârsta acestuia. Trei factori trebuie luaţi în considerare: speranţa de viaţă, intervalul de timp în care există beneficiu al screening-ului şi preferinţa pacientului.[43] Societatea Americană de Geriatrie recomandă ca atunci când speranţa de viaţă este scurtă să se acorde prioritate tratamentului care aduce beneficiu pacientului în timpul rămas. Consideraţi posibilitatea renunţării la screening, dacă acesta reprezintă o povară în plus pentru vârstnicii cu multe afecţiuni medicale, cu speranţă redusă de viaţă, sau cu demenţă. Totuşi, investigaţiile care contribuie la stabilirea prognosticului şi planificării îngrijirilor medicale sunt în continuare justificate, chiar dacă pacientul nu va urma nici un tratament.[44]

Funcţia vizuală şi cea auditivă. Screening-ul modificărilor *vizuale* şi *auditive* asociate îmbătrânirii este important căci ajută vârstnicii să-şi menţină o funcţionalitate optimă, fiind inclus în Screening-ul geriatric în 10 minute.[45] Testaţi *funcţia vizuală* obiectiv folosind panourile oftalmologice. Întrebaţi pacientul dacă are *tulburări de auz*, apoi efectuaţi testul vocii şoaptite sau alte teste mai obiective, atunci când este cazul.

Vezi Screening geriatric în 10 minute, pag. 914.

Vezi Capitolul 7, Capul şi gâtul, tehnici de evaluare a auzului, pag. 225-227.

Exerciţiile fizice. Recomandaţi efectuarea regulată a exerciţiilor aerobice pentru îmbunătăţirea forţei fizice, a toleranţei la efort, a capacităţii de a efectua ADL, precum şi pentru creşterea rezervei fiziologice şi întârzierea apariţiei dizabilităţilor.

Colegiul American de Medicină Sportivă şi Recomandările Asociaţiei Americane de Cardiologie pentru vârstnici privind activitatea fizică şi sănătatea publică din 2007 pledează pentru un stil de viaţă activ din punct de vedere fizic, cu o intensitate a exerciţiilor aerobice bazată pe nivelul condiţiei fizice a vârstnicului, precum şi pentru activităţi care cresc forţa musculară şi flexibilitatea, exerciţii de echilibru pentru cei cu risc de cădere şi planuri terapeutice care să se adreseze atât tratamentului cât şi profilaxiei, inclusiv la nivelul comunităţii. Este indicat ca persoanele vârstnice să efectueze exerciţii aerobice de intensitate moderată cel puţin 30 de minute pe zi timp de cinci zile pe săptămână, sau exerciţii viguroase cel puţin 20 de minute pe zi timp de trei zile pe săptămână.[46]

Imunizările. Recomandaţi pacienţilor administrarea vaccinul pneumococic, antigripal şi varicelo-zosterian.[47,48]

Vezi Capitolul 8, Toracele şi plămânii, Imunizările, pag. 294-295.

- *Vaccinul antigripal.* Următoarele categorii de populaţie trebuie să primească *vaccinul antigripal* anual: persoanele cu vârsta peste 50 de ani; orice adult vârstnic cu afecţiuni cronice cardiovasculare sau pulmonare, diabet zaharat, disfuncţie hepatică sau renală, imunosupresie, sau HIV/SIDA; rezidenţii şi personalul căminelor de bătrâni sau centrelor de îngrijire pe termen lung; persoanele care îngrijesc copii; sau oricine solicită vaccinarea.[49]

- *Vaccinul pneumococic. Vaccinul pneumococic* trebuie administrat la fiecare 5 ani adulţilor peste 65 de ani cu boli cronice ale aparatului cardiovascular şi respirator, diabet zaharat, disfuncţie hepatică sau renală, asplenie, consum cronic de alcool, imunosupresie, fistulă de lichid cefalorahidian, sau HIV/SIDA; rezidenţilor căminelor de bătrâni sau centrelor de îngrijire pe termen lung; populaţiilor indigene din Alaska şi anumitor populaţii de amerindieni, precum Navajo şi Apache.

- *Vaccinul varicelo-zosterian. Vaccinul varicelo-zosterian* este recomandat la vârsta de 60 de ani, indiferent dacă pacientul relatează un episod anterior de zona zoster. Studiile arată că vaccinarea reduce incidenţa zonei zoster cu aproximativ 50% şi incidenţa nevralgiei postherpetice cu peste 65%.[50]

Siguranţa la domiciliu. Prezentările la camera de gardă pentru leziunile produse la domiciliu cresc într-un ritm rapid, în special la vârstnicii peste 75 de ani. Într-un raport special din 2002, Comisia Americană pentru Protecţia Consumatorului estima că aproape 1,5 milioane de adulţi cu vârsta peste 65 de ani, incluzând peste 60% dintre cei care au prezentat căderi, au fost trataţi pentru leziuni asociate utilizării produselor de uz casnic.[51] Prezentările la camera de gardă şi decesele au fost cauzate cel mai frecvent de echipamente de grădinărit, trepte şi scări ajutătoare pentru casă, articole de uz personal precum uscătoare de păr şi textile inflamabile, accidentări în camera de baie şi practicarea sporturilor. Încurajaţi vârstnicii să ia măsuri corective în privinţa iluminatului slab, scaunelor de înălţimi neadecvate, suprafeţelor alunecoase şi neregulate şi pericolelor din mediu înconjurător.

Vezi şi Evaluarea şi prevenirea căderilor, pag. 913-916.

RECOMANDĂRI PRIVIND SIGURANŢA LA DOMICILIU A VÂRSTNICILOR

- Balustrade pe ambele laterale ale oricărei scări
- Scări, căi de acces şi locuri de trecere bine iluminate
- Covoare care nu alunecă sau sunt prevăzute cu bandă adezivă
- Bare de sprijin şi covoraşe antiderapante pentru camera de baie sau cabina de duş
- Alarme pentru incendiu şi plan de evacuare al clădirii

Screening-ul pentru cancer. Screening-ul pentru cancer în cazul anumitor afecţiuni este controversat din cauza dovezilor limitate care susţin utilitatea sa la adulţii cu vârsta peste 70-80 de ani. Societatea Americană de Geriatrie recomandă mamografia anuală sau bianuală pentru screening-ul cancerului de sân până la vârsta de 75 de ani, apoi la fiecare 2-3 ani dacă speranţa de viaţă este mai mare de 4 ani. Deşi prevalenţa cancerului de col uterin a scăzut în Statele Unite ale Americii, 40% până la 50% dintre decesele provocate de această boală se întâlnesc la femeile peste 65 de ani. Testul Papanicolaou se efectuează la fiecare 1-3 ani până la vârsta de 65-70 de ani atunci când nu există istoric de patologie a colului uterin. Colonoscopia pentru screening-ul cancerului de colon este recomandată la fiecare 10 ani începând cu vârsta de 50 de ani. Această examinare este dificilă pentru mulţi pacienţi vârstnici, care o vor refuza în ciuda încurajării din partea medicului. Revedeţi discuţia despre colonoscopie, testul pentru determinarea hemoragiilor oculte din scaun, capcanele testului de determinare a antigenului specific prostatic şi tuşeul rectal de la pag. 558-560. Screening-ul pentru cancerul pulmonar şi ovarian nu sunt recomandate. Verificaţi prezenţa cancerului cutanat şi a cancerului cavităţii bucale la pacienţii cu risc crescut.[52]

Depresia. *Depresia* afectează 10% dintre persoanele vârstnice, dar este o afecţiune atât subdiagnosticată cât şi subtratată.[53] Un răspuns pozitiv la întrebarea „Vă simţiţi deseori trist sau deprimat?" are sensibilitate şi specificitate de aproximativ 80% şi impune investigare suplimentară, de exemplu prin Scala geriatrică a depresiei. Bărbaţii cu vârsta peste 65 de ani care suferă de depresie au un risc crescut de suicid şi necesită o evaluare amănunţită.

Vezi Capitolul 5, Comportamentul şi starea de sănătate mentală, Depresia, pag. 143.

Demenţa şi tulburările cognitive uşoare. *Demenţa*, „un sindrom dobândit caracterizat printr-un declin al memoriei şi a cel puţin unui alt domeniu cognitiv precum limbajul, orientarea spaţio-vizuală, sau funcţiile de execuţie, într-o măsură suficientă pentru a interfera cu funcţionalitatea socială şi ocupaţională a unei persoane alerte", afectează 11% dintre americanii cu vârsta peste 65 de ani, sau aproximativ 4,5 milioane de oameni.[54,55] Caracteristicile importante ale acestui sindrom includ deficienţe ale memoriei de scurtă şi lungă durată, precum şi alterarea discernământului.

Vezi Planşa 20-2, Delirul şi demenţa, pag. 931, şi Planşa 20-3, Test screening pentru demenţă: testul Mini-Cog, pag. 932.

Procesele de gândire sunt încetinite. Vorbirea poate fi ezitantă din cauza dificultăţii de găsire a cuvintelor. Pierderea capacităţii de orientare în spaţiu poate face problematică şi chiar periculoasă deplasarea pe jos sau cu maşina. Cele mai multe cazuri de demenţă sunt reprezentate de boala Alzheimer (50% până la 85%) sau demenţa vasculară prin infarcte multiple (10% până la 20%). Acordaţi atenţie bolii Alzheimer la pacienţii cu istoric familial pozitiv, deoarece aceştia au un risc de trei ori mai mare decât populaţia generală de a dezvolta boala.

Demenţa are frecvent un debut lent, insidios, putând trece neobservată de către familie şi medici, în special în stadiile iniţiale de *tulburare cognitivă uşoară (TCU)*. TCU reprezintă sindrom mai uşor de afectare cognitivă comparativ cu demenţa; mai exact, magnitudinea tulburărilor nu este suficientă pentru a interfera cu funcţionalitatea socială şi profesională. Pacientul poate sau nu să acuze deteriorare cognitivă, dar testele cognitive standardizate relevă suficiente dovezi ale unui declin semnificativ în cel puţin un domeniu cognitiv. Atunci când domeniul afectat este memoria, afecţiunea poartă denumirea de *TCU amnestică*. Atunci când domeniul afectat nu este memoria, ci limbajul sau orientarea spaţio-vizuală, afecţiunea este denumită *TCU non-amnestică*. Un procent semnificativ din aceşti pacienţi, dar nu toţi, vor progresa spre diagnosticul clinic de boală Alzheimer. Există sindroame de tulburări cognitive chiar mai uşoare care apar mai târziu în decursul vieţii, precum *tulburarea cognitivă asociată vârstei (AACI* – „age-associated cognitive impairment"). Persoanele care suferă de acest sindrom acuză pierderi ale capacităţilor cognitive asociate vârstei, dar astfel de tulburări nu pot fi documentate prin testele cognitive. Semnificaţia clinică a AACI şi a sindroamelor de tulburare cognitivă uşoară nu este cunoscută. Cercetările curente încearcă să identifice caracteristicile clinice ale acestor variate sindroame.[56-61]

În demenţa Alzheimer, evaluaţi afectarea memoriei amnestice, tulburările limbajului şi deficitele de orientare spaţio-vizuală. Pierderea iniţială a capacităţii de a efectua activităţi cotidiene complexe, precum scrierea unui cec şi folosirea transportului în comun, progresează în final spre pierderea capacităţii de a efectua activităţi elementare, precum mâncatul şi igiena/ toaleta proprie. Modificările dispoziţiei şi apatia apar deseori timpuriu; psihoza şi agitaţia se întâlnesc în stadiile mai avansate.[55] Acordaţi atenţie relatărilor familiei legate de comportamente noi sau anormale ale pacientului. Mini-testul pentru examinarea stării psihice (MMSE) poate fi folositor, deşi nivelul de educaţie şi variabilele culturale precum limba pot afecta scorul. Dacă identificaţi modificări cognitive, investigaţi factorii favorizanţi precum medicamente, depresie, tulburări metabolice sau alte afecţiuni medicale sau psihiatrice. La pacienţii cu demenţă, consiliaţi familia privitor la potenţialul comportament distructiv, accidente, căderi şi suspendarea dreptului de a conduce autovehicule. Discutaţi despre dispoziţiile legale, precum împuternicirea unui avocat privind îngrijirea sănătăţii sau documentele legale anticipative, cât timp pacientul are capacitatea de a lua decizii.

Maltratarea vârstnicilor. În cele din urmă, luaţi în considerare screening-ul tuturor vârstnicilor pentru posibila *maltratare*, care include abuzul, neglijarea, exploatarea şi abandonul. Depresia, demenţa şi malnutriţia sunt factori de risc independenţi. Prevalenţa maltratării vârstnicilor este de aproximativ 1-5% în populaţia vârstnică; totuşi, această statistică se bazează numai pe cazurile de maltratare raportate de victime, în timp ce multe cazuri rămân nedepistate. Auto-neglijarea este o problemă naţională în creştere şi reprezintă peste 50% din sesizările serviciilor de protecţie socială a adulţilor.[62] Deşi sunt disponibile câteva metode de screening, nici una nu s-a dovedit rapidă şi totuşi precisă în evaluarea şi diagnosticarea acestor probleme.[62-64]

TEHNICI DE EXAMINARE

Aşa cum aţi observat, evaluarea pacientului în vârstă nu respectă formatul tradiţional al anamnezei şi al examenului fizic. Sunt necesare tehnici speciale de intervievare, punerea accentului pe funcţionalitatea zilnică şi pe aspectele cheie legate de sănătatea vârstnicului, precum şi focalizarea pe aprecierea capacităţii funcţionale în cadrul examenului fizic. Datorită importanţei sale pentru sănătatea vârstnicului şi pentru ordinea examinării, această secţiune începe cu Evaluarea Statusului Funcţional: „Al Şaselea Semn Vital". Acest segment include evaluarea riscului de căderi, una dintre cele mai mari ameninţări la adresa sănătăţii şi bunăstării pacienţilor în vârstă. Urmaţi apoi etapele examinării tradiţionale, „din cap până în picioare", ajustată pentru vârstnici.

EVALUAREA STATUSULUI FUNCŢIONAL: „AL ŞASELEA SEMN VITAL"

În timpul evaluării vârstnicului, medicul pune un accent special pe menţinerea sănătăţii şi bunăstării pacientului. Într-un fel, toate consultaţiile medicale reprezintă oportunităţi de a promova independenţa pacientului şi nivelul optim de funcţionalitate al acestuia. Deşi scopurile specifice ale îngrijirii medicale pot varia, un prim ţel este conservarea statusului funcţional al pacientului, considerat „al şaselea semn vital". Mai exact, statusul funcţional înseamnă capacitatea de a executa sarcini şi de a îndeplini atribuţiile sociale asociate vieţii zilnice, de la cele mai simple până la cele mai complexe.[65] Evaluarea statusului funcţional începe în momentul în care pacientul intră în cabinetul medical. Câteva metode de evaluare bine validate şi eficiente din punct de vedere al timpului pot fi de ajutor.

Evaluarea capacităţii funcţionale. În prezent, deficitele funcţionale sunt recunoscute ca factori predictivi mai buni de mortalitate şi prognostic după spitalizare decât diagnosticele de internare.[66] Sunt disponibile câteva metode de evaluare bazate pe performanţe. Screening-ul geriatric în 10 minute este concis, are un indice de concordanţă înalt şi poate fi folosit cu uşurinţă de personalul cabinetului medical. De asemenea, acesta acoperă cele trei domenii importante ale evaluării vârstnicului: funcţionalitatea fizică, cognitivă şi psihosocială. Reţineţi că se adresează funcţiei vizuale şi celei auditive, capacităţi senzoriale cheie, şi include întrebări despre incontinenţa urinară, un simptom frecvent neraportat, care afectează în mare măsură interacţiunile sociale şi respectul de sine al vârstnicilor.

Aceste acronime ajută studenţii în evaluarea incontinenţei urinare: **DIAPERS** – **d**elir („Delerium"), **i**nfecţie („Infection"), uretrită/ vaginită **a**trofică („Atrophic urethritis/ vaginitis"), medicamente („**P**harmaceuticals"), diureză **e**xcesivă („Excess urine output") cauzată de afecţiuni ca hiperglicemia sau insuficienţa cardiacă congestivă, mobilitate **r**edusă („Restricted mobility") şi coprostază („**S**tool impaction"); şi **DDRRIIPP** - **d**elir („Delerium"), reacţii adverse la medicamente („**D**rug side effects"), **r**etenţia materiilor fecale („Retention of feces"), mobilitate **r**edusă („Restricted mobility"), **i**nfecţie urinară („Infection of urine"), **i**nflamaţie („Inflammation"), **p**oliurie („Polyuria") şi tulburări **p**sihogene („Psychogenic").[67,68]

Evaluarea riscului de căderi. O veritabilă avalanşă de dovezi asociază căderile cu morbiditatea şi mortalitatea populaţiei vârstnice. În fiecare an aproximativ 35% până la 40% dintre persoanele în vârstă care locuiesc în comunitate prezintă căderi. Rata incidenţei în căminele de bătrâni şi spitale este de aproape trei ori mai mare, cu producerea leziunilor asociate în aproximativ 25% din cazuri. Pierderea încrederii cauzată de teama de cădere şi anxietatea post-cădere împiedică recuperarea completă.[67,68]

Screening-ul geriatric în 10 minute

Problemă	Metodă de screening	Screening pozitiv
Funcţia vizuală	Două părţi: Întrebaţi: „Aveţi dificultăţi la condusul maşinii, privitul la televizor, citit, sau la efectuarea activităţilor zilnice din cauza vederii?” Dacă răspunsul este „da”: Testaţi fiecare ochi folosind optotipul Snellen în timp ce pacientul poartă lentile de corecţie (dacă este cazul).	Răspunsul „da” la întrebare şi imposibilitatea de a citi peste 20/40 pe optotipul Snellen
Funcţia auditivă	Utilizaţi audioscopul setat la 40 dB. Testaţi auzul la frecvenţe de 1000 şi 2000 Hz.	Incapacitatea de a auzi 1000 sau 2000 Hz în ambele urechi sau oricare dintre aceste frecvenţe în una dintre urechi
Mobilitatea membrelor inferioare	Cronometraţi pacientul după ce îi solicitaţi: „Ridicaţi-vă de pe scaun. Mergeţi 6 m în pas vioi, apoi întoarceţi-vă, reveniţi la scaun şi luaţi loc.”	Incapacitatea de a îndeplini complet sarcina în 15 secunde
Incontinenţa urinară	Două părţi: Întrebaţi: „Aţi avut pierderi de urină în ultimul an?” Dacă răspunsul este „da”, întrebaţi: „Aţi avut pierderi de urină în cel puţin 6 ocazii diferite?”	Răspunsul „da” la ambele întrebări
Starea de nutriţie/ scăderea în greutate	Două părţi: Întrebaţi: „Aţi slăbit 4-5 kg în ultimele 6 luni fără să fi ţinut regim?” Cântăriţi pacientul.	Răspunsul „da” la întrebare sau greutate <45 kg
Memoria	Rememorarea a 3 cuvinte.	Incapacitatea de a-şi aminti cele 3 cuvinte după 1 minut
Depresia	Întrebaţi: „Vă simţiţi deseori trist sau deprimat?”	Răspunsul „da” la întrebare
Dizabilităţi fizice	Şase întrebări: „Puteţi să...” „efectuaţi activităţi intense precum mersul rapid sau cu bicicleta?” „efectuaţi munci grele în casă precum spălatul geamurilor, pereţilor sau podelelor?” „mergeţi să cumpăraţi alimente sau haine?” „ajungeţi în locuri mai îndepărtate decât distanţa pe care o puteţi parcurge pe jos?” „vă spălaţi, fie cu ajutorul unui burete, fie în cada de baie sau în cabina de duş?” „vă îmbrăcaţi, de exemplu, să vă puneţi cămaşa, să încheiaţi nasturii sau fermoarul, să vă încălţaţi?”	Răspunsul „da” la oricare dintre întrebări.

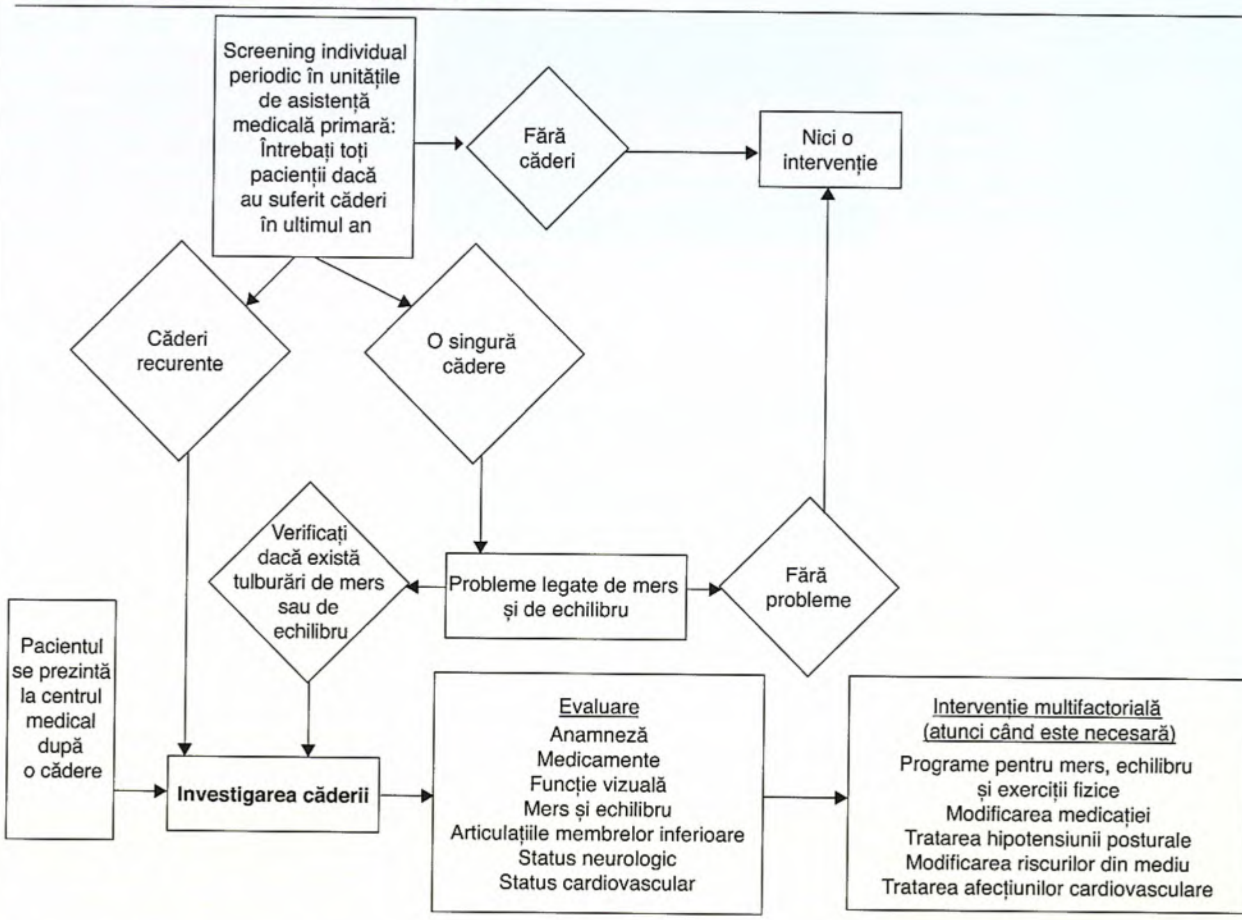
(Sursa: Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 100:438–440, 1996.)

Societatea Americană de Geriatrie recomandă evaluarea factorilor de risc pentru căderi în cadrul vizitelor de rutină la medicul de familie, cu atenţie sporită pentru grupurile de pacienţi cu risc înalt – cei aflaţi la prima cădere sau cu căderi recurente, cei care locuiesc în căminele de bătrâni, sau pacienţii predispuşi la traumatisme prin cădere.[68] Evaluarea căderilor trebuie să includă detalii despre modul în care

s-a produs căderea, mai ales de la martori, identificarea factorilor de risc, a comorbidităţilor, a statusului funcţional precum şi a pericolelor din mediul înconjurător – alături de intervenţii pentru prevenţie.[69]

Viteza mersului se dovedeşte a fi de asemenea un factor predictiv important al căderilor şi al evenimentelor adverse asociate.[70] Intervenţiile eficiente includ antrenamentul mersului şi menţinerii echilibrului, exerciţii pentru creşterea forţei musculare, reducerea riscurilor din locuinţă, întreruperea medicaţiei psihotrope şi evaluarea multifactorială cu intervenţii direcţionate. Alte strategii utile includ măsuri pentru corectarea modificărilor tensiunii arteriale posturale, tratarea bolilor acute intercurente, reducerea numărului de medicamente la mai puţin de patru, depistarea neuropatiei senzoriale şi a tulburărilor proprioceptive, investigarea episoadelor de sincopă, educarea pacientului şi a familiei, tratamentul osteoporozei şi folosirea protectoarelor de şold.[71] Vă prezentăm algoritmul Societăţii Americane de Geriatrie privind prevenţia căderilor la vârstnici.

PREVENȚIA CĂDERILOR LA VÂRSTNICI



(Sursa: American Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 49(5):664-672, 2001.)

EXAMENUL FIZIC AL VÂRSTNICULUI

Inspecţia generală a pacientului. Aprofundaţi observaţiile legate de pacientul pe care l-aţi analizat încă de la începutul vizitei. Care este starea aparentă de sănătate şi gradul de vitalitate al pacientului? Dar dispoziţia şi starea afectivă? Este necesar screening-ul pentru tulburări cognitive? Remarcaţi igiena pacientului şi felul în care acesta este îmbrăcat. Cum intră pacientul în încăpere? Cum se aşează pe masa de examinare? Există modificări ale posturii sau mişcări involuntare?

Afectivitate redusă sau săracă în *depresie, boala Parkinson* sau *boala Alzheimer.*

Un instrument de screening al demenţei concis şi bine validat este prezentat în Planşa 20-3, Test screening pentru demenţă: testul Mini-Cog, pag. 932.[72,73]

Subnutriţia, performanţele motorii reduse, pierderea masei musculare sau slăbiciunea sugerează un organism tarat.

Cifoza sau mersul anormal afectează menţinerea echilibrului şi cresc riscul de căderi.

Semnele vitale. Măsuraţi tensiunea arterială prin tehnicile recomandate, verificând dacă tensiunea arterială sistolică este crescută (TAS) şi presiunea pulsului amplă (PP). Presiunea pulsului este definită ca diferenţa dintre tensiunea arterială sistolică şi tensiunea arterială diastolică. Odată cu înaintarea în vârstă, tensiunea arterială sistolică şi rezistenţa vasculară periferică cresc, în timp ce tensiunea arterială diastolică scade.

Hipertensiunea sistolică izolată (TAS ≥140 mmHg) după vârsta de 50 de ani triplează riscul de boală coronariană la bărbaţi şi creşte riscul de accident vascular cerebral; totuşi, se recomandă prudenţă în scăderea TA la „vârstnicii foarte bătrâni", de peste 80 de ani.[74-76] PP ≥60 este un factor de risc pentru afecţiunile cardiovasculare, bolile renale şi accidentul vascular cerebral.[77-80]

Verificaţi dacă pacientul manifestă hipotensiune ortostatică, definită ca o scădere a tensiunii arteriale sistolice cu ≥20 mmHg, sau a tensiunii arteriale diastolice cu ≥10 mmHg în interval de 3 minute de la ridicarea în poziţie ortostatică.[81,82] Măsuraţi tensiunea arterială şi frecvenţa cardiacă cu pacientul aflat în decubit dorsal, după 10 minute de repaus în această poziţie, apoi după încă 3 minute.

Hipotensiunea ortostatică, observată în special dimineaţa la ridicarea din pat, afectează 10- 20% dintre vârstnici şi până la 30% dintre rezidenţii taraţi ai căminelor de bătrâni. Se poate manifesta prin senzaţie de „cap gol", slăbiciune, instabilitate, vedere înceţoşată şi la 20-30% dintre pacienţi prin sincopă. Cauzele includ diverse medicamente, tulburări vegetative, diabetul zaharat, repausul prelungit la pat, hemoragii, boli cardiovasculare.[77, 83-85]

Revedeţi clasificarea JNC 7 a prehipertensiunii arteriale, utilă pentru depistarea precoce şi iniţierea timpurie a tratamentului antihipertensiv (pag. 118).

Măsuraţi frecvenţa cardiacă, frecvenţa respiratorie şi temperatura corporală. La pacienţii vârstnici, frecvenţa cardiacă măsurată la apex poate furniza mai multe informaţii despre posibilele aritmii. Utilizaţi termometre care pot determina cu acurateţe temperaturile scăzute.

Frecvenţa respiratorie ≥25 respiraţii/minut sugerează o infecţie a căilor respiratorii inferioare; poate indica şi ICC sau exacerbarea BPOC.

Hipotermia este mai frecventă la pacienţii vârstnici.[12]

Greutatea şi înălţimea au importanţă deosebită la vârstnici şi sunt necesare pentru calcularea indicelui de masă corporală. Greutatea ar trebui măsurată la fiecare vizită medicală.

Greutatea scăzută este un indicator cheie al unei stări de nutriţie deficitare.

Subnutriţia se întâlneşte în depresie, alcoolism, tulburări cognitive, boli maligne, insuficienţa cronică de organ (cardiacă, renală, pulmonară), folosirea diverselor medicamente, izolarea socială şi sărăcie.

Tegumentele. Observaţi modificările fiziologice asociate îmbătrânirii, precum subţierea, pierderea elasticităţii şi a turgorului ţesutului cutanat, sau apariţia ridurilor. Tegumentele pot fi uscate, descuamate, aspre, şi adesea pruriginoase (*asteatoză*), prezentând o reţea de fisuri superficiale cu aspectul unui mozaic de mici poligoane, mai ales la nivelul membrelor inferioare.

Observaţi orice modificare circumscrisă de culoare. La nivelul feţei dorsale a mâinilor şi a antebraţelor căutaţi pete albe, depigmentate, sau *pseudocicatrici*, şi pete sau macule purpurii care se estompează în decurs de câteva săptămâni (*purpura actinică*).



PURPURĂ ACTINICĂ – ANTEBRAŢ

Căutaţi modificările determinate de expunerea la soare. Unele zone ale tegumentului sunt deteriorate de expunerea la diverşi factori climaterici, îngroşate, cu o tentă galbenă şi riduri adânci; pot exista *lentigine actinice* sau „pete hepatice", şi *cheratoza actinică* – papule superficiale, aplatizate, acoperite de scuame uscate.

Căutaţi leziunile benigne asociate înaintării în vârstă, precum *comedoane*, sau puncte negre, la nivelul obrajilor şi în jurul ochilor; *angioame senile*, care apar deseori la începutul perioadei adulte; şi *cheratoze seboreice*, leziuni în relief, de culoare gălbuie, cu textură ceroasă şi catifelată sau asemănătoare unui condilom.

Diferenţiaţi aceste leziuni de *carcinomul bazocelular*, iniţial un nodul transparent care se extinde şi lasă un centru deprimat cu o margine dură ridicată, şi de *carcinomul scuamos*, o leziune fermă de culoare roşie care apare frecvent pe o zonă expusă la soare. O leziune supradenivelată, închisă la culoare, asimetrică, cu margini neregulate, poate fi un *melanom*. Vezi Planşa 6-9, Tumori cutanate, pag. 185, şi Planşa 6-10, Formaţiuni cutanate pigmentare benigne şi maligne, pag. 186.

Acordaţi atenţie oricărei leziuni veziculare dureroase a cărei distribuţie corespunde unui dermatom.

Suspectaţi *zona zoster* cauzată de reactivarea virusului latent varicelo-zosterian din ganglionii rădăcinii dorsale. Riscul creşte odată cu vârsta şi cu scăderea imunităţii mediate celular.[86]

La pacienţii imobilizaţi la pat, în special la cei emaciaţi sau cu afecţiuni neurologice, inspectaţi amănunţit tegumentele pentru depistarea leziunilor sau ulceraţiilor.

Escarele de decubit se dezvoltă prin obliterarea arteriolelor şi a fluxului sanguin capilar de la nivelul ţesutului cutanat sau prin forţele de fricţiune care apar în timpul mişcărilor de-a lungul aşternuturilor de pat sau ridicării incorecte în poziţie şezândă. Vezi Planşa 6-13, Escarele de decubit, pag. 191.

Capul şi gâtul. Efectuaţi o evaluare amănunţită şi completă a capului şi a gâtului.

Vezi Capitolul 7, Capul şi gâtul, pag. 195-248.

Inspectaţi pleoapele, structura osoasă a orbitelor şi ochii. Globii oculari pot părea retraşi din cauza atrofiei ţesutului adipos înconjurător. Observaţi *ptoza senilă* determinată de slăbirea muşchiului ridicător al pleoapei, relaxarea ţesutului cutanat şi greutatea crescută a pleoapei superioare. Verificaţi existenţa *ectropionului* sau a *entropionului* la nivelul pleoapei inferioare. Remarcaţi îngălbenirea sclerelor şi *arcul senil*, un inel benign, albicios care înconjoară limbusul.

Vezi Planşa 7-6, Variaţii şi anomalii ale pleoapelor, pag. 255, şi Planşa 7-9, Opacităţi ale corneei şi ale cristalinului, pag. 258.

Testaţi acuitatea vizuală, folosind optotipul Snellen de buzunar sau un panou montat pe perete. Sesizaţi *prezbiopia*, scăderea capacităţii de acomodare la vederea de aproape cauzată de diminuarea elasticităţii cristalinului asociată îmbătrânirii.

Peste 40 de milioane de americani prezintă erori de refracţie.

Răspunsul pupilar la stimulul luminos este, de obicei, normal. Cu excepţia unei posibile afectări a privirii în sus, mişcările extraoculare rămân intacte.

Folosind oftalmoscopul, examinaţi cu atenţie cristalinul şi fundul de ochi.

Incidenţa cataractei, a glaucomului şi a degenerescenţei maculare creşte cu vârsta.[87]

Inspectaţi atent fiecare cristalin pentru a depista eventualele opacităţi. Nu vă bazaţi doar pe lanternă, deoarece la această examinare superficială cristalinul poate părea perfect transparent.

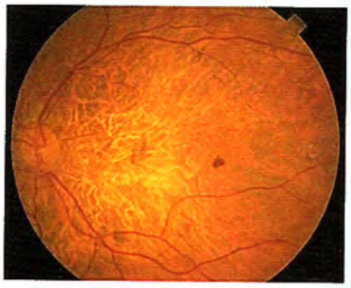
Cataracta este principala cauză de cecitate în întreaga lume. Factorii de risc includ: fumatul, expunerea la radiaţiile UV-B, consumul mare de alcool, diabetul zaharat, medicamente (inclusiv steroizii) şi traumatismele. Vezi Planşa 7-9, pag. 258.

La vârstnici, fundul de ochi îşi pierde strălucirea şi reflexiile luminoase, iar arterele sunt îngustate, pale, mai drepte şi mai puţin strălucitoare. Măsuraţi raportul excavaţia fiziologică/papila optică, care în mod normal este 1:2 sau mai mic.

Un raport excavaţia fiziologică/papila optică crescut sugerează prezenţa *glaucomului* cu unghi deschis, afecţiune cauzată de o neuropatie optică ireversibilă care conduce la pierderea vederii periferice şi centrale şi la cecitate. Prevalenţa este de trei până la patru ori mai mare la afro-americani decât în populaţia generală.[88]

Inspectaţi fundul de ochi pentru depistarea depunerilor de *drusen* - puncte gălbui, multiple, de mici dimensiuni, care produc modificări pigmentare.

Degenerescenţa maculară determină pierderea vederii centrale şi cecitate. Există o formă *uscată atrofică* (mai frecventă, dar mai puţin severă) şi o formă *umedă exsudativă* sau neovasculară. Drusenul papilar poate fi dur şi bine definit sau moale şi confluent, fiind asociat cu modificări ale epiteliului pigmentar, ilustrat mai jos şi la pag. 222.



Testaţi auzul prin acoperirea unei urechi şi efectuarea testului vocii şoptite sau cu audioscopul. Verificaţi prezenţa cerumenului în conductul auditiv extern, deoarece îndepărtarea acestuia poate îmbunătăţi rapid auzul.

Vezi tehnicile de testare a auzului, pag. 225-227. Întrebaţi pacienţii dacă au tulburări ale auzului; aceasta este o metodă eficientă de screening. Pacienţii care relatează hipoacuzie au un raport de probabilitate (LR, "likelihood ratio") de 2,2 de a prezenta tulburare auditivă, iar cei care nu relatează hipoacuzie au LR = 0,13. Efectuaţi audiometria la cei care răspund afirmativ; verificaţi acuitatea auditivă la vocea şoptită în cazul celor care răspund negativ (LR = 6 pentru acuitate abolită; LR = 0,03 pentru acuitate intactă).[89, 90]

Examinaţi cavitatea bucală urmărind mirosul aerului expirat, aspectul mucoasei gingivale, prezenţa cariilor dentare, mobilitatea dinţilor şi cantitatea de salivă. Inspectaţi atent şi depistaţi orice leziune de la nivelul mucoaselor. Cereţi pacientului să înlăture proteza dentară pentru a verifica prezenţa leziunilor gingivale cauzate de aceasta.

Halena poate fi consecinţa unei igiene orale precare, sau a prezenţei parodontitei şi a cariilor dentare. *Gingivita* poate fi cauzată de boala parodontală. Tartrul dentar şi cavitaţia determină apariţia cariilor. Dinţii cu mobilitate crescută cauzată de abcese sau carii dentare avansate necesită extracţie pentru a preveni aspiraţia. Reducerea secreţiei salivare este produsă de diverse medicamente, iradiere, sindromul Sjögren sau stări de deshidratare. *Tumorile cavităţii bucale* sunt localizate de obicei pe planşeul bucal şi marginile laterale ale limbii.[91]

Continuaţi cu examinarea uzuală a glandei tiroide şi a ganglionilor limfatici.

Toracele și plămânii. Continuați examinarea, observând semnele subtile ale modificărilor funcției pulmonare.

Creșterea diametrului toracic antero-posterior, respirația cu buzele protruzionate și dispneea la eforturi mici sau chiar în timpul vorbirii sugerează *bronhopneumopatie cronică obstructivă* (*BPOC*).

Aparatul cardiovascular. Revedeți rezultatele măsurării tensiunii arteriale și frecvenței cardiace.

Hipertensiunea sistolică izolată și o presiune a pulsului amplă reprezintă factori de risc cardiovascular, și impun investigarea pentru *hipertrofia ventriculară stângă* (*HVS*).

La fel ca în cazul adulților mai tineri, începeți prin inspectarea PVJ, palparea pantei ascendente a pulsului carotidian și auscultarea suflurilor carotidiene.

O *aortă aterosclerotică tortuoasă* poate determina creșterea presiunii în venele jugulare stângi prin împiedicarea drenajului în atriul drept. De asemenea, poate cauza angulația arterei carotide la baza gâtului pe partea dreaptă, în special la femeile cu hipertensiune arterială, iar formațiunea rezultată poate fi confundată cu un anevrism carotidian.

La pacienții vârstnici, suflurile carotidiene necesită investigații suplimentare pentru depistarea eventualelor stenoze carotidiene, din cauza riscului de accident vascular ipsilateral.

Palpați șocul apexian, apoi auscultați zgomotele cardiace Z_1 și Z_2, precum și zgomotele cardiace supraadăugate Z_3 și Z_4.

Șoc apexian susținut în HVS; șoc apexian difuz în insuficiența cardiacă congestivă (vezi pag. 357-359).

La pacienții vârstnici, Z_3 sugerează dilatarea ventriculului stâng determinată de insuficiența cardiacă congestivă sau de cardiomiopatie; Z_4 acompaniază frecvent hipertensiunea arterială.

Începând din spațiul doi intercostal drept, investigați prezența suflurilor cardiace în toate focarele de auscultație (vezi pag. 364-368). Pentru fiecare suflu depistat precizați localizarea în ciclul cardiac, forma, zona în care se aude cu intensitate maximă, iradierea, intensitatea, tonalitatea și calitatea.

Un suflu sistolic crescendo-descrescendo în spațiul doi intercostal drept sugerează scleroza aortică sau stenoza aortică, întâlnite la aproximativ 30%, respectiv 2% dintre vârstnicii care trăiesc în comunitate. Ambele afecțiuni cresc riscul de boli cardiovasculare și deces.[92]

În cazul suflurilor sistolice din dreptul claviculei, verificați întârzierea dintre pulsul brahial și radial.

Întârzierea în timpul palpării simultane (fără a comprima) a pulsurilor brahial și radial denotă stenoză aortică.[93]

Un suflu holosistolic aspru la apex sugerează regurgitarea mitrală, de asemenea frecventă la vârstnici.

Sânii şi axilele. Palpaţi sânii cu atenţie pentru a depista nodulii sau masele tumorale. Nu uitaţi să palpaţi şi coada axilară a lui Spence. Examinaţi axila pentru limfadenopatii.

Nodulii sau masele tumorale la femeile vârstnice, rar întâlnite la bărbaţi, impun investigaţii suplimentare pentru depistarea unui eventual proces malign.

Abdomenul. Continuaţi cu examinarea uzuală a abdomenului. Verificaţi dacă există sufluri aortice, ale arterelor renale şi femurale. Inspectaţi abdomenul superior; palpaţi zona din stânga liniei mediane pentru depistarea pulsaţiilor aortei. Încercaţi să estimaţi diametrul aortei prin palpare mai profundă, cu mâinile plasate de o parte şi de alta a marginilor laterale ale aortei. (vezi pag. 447).

Sufluri în boala vasculară aterosclerotică.

Aortă cu diametru crescut şi formaţiune pulsatilă în *anevrismul de aortă abdominală.*

Sistemul vascular periferic. Auscultaţi abdomenul notând suflurile de la nivelul aortei, al arterelor renale şi femurale.

Sufluri la nivelul acestor vase se întâlnesc în *boala aterosclerotică.*

Estimaţi diametrul aortei abdominale în zona epigastrică şi depistaţi eventualele formaţiuni pulsatile.

Luaţi în considerare posibilitatea unui *anevrism de aortă abdominală* dacă diametrul aortei ≥3 cm sau există o formaţiune pulsatilă, în special la bărbaţii vârstnici fumători cu boală coronariană.

Palpaţi cu atenţie pulsurile.

Diminuarea sau absenţa pulsurilor poate indica *ocluzie arterială.* Confirmaţi prin măsurarea indicelui gleznă-braţ. Reţineţi că ≤33% dintre pacienţii cu boală vasculară periferică au simptome de claudicaţie.[94]

Aparatul genital feminin şi examinarea pelvină.[95-97] Explicaţi etapele examinării şi acordaţi timp pentru poziţionarea cu prudenţă a pacientei. Cereţi unui asistent să ajute pacienta vârstnică să se aşeze pe masa de examinare în poziţie ginecologică. Ridicarea capului mesei poate aduce un plus de confort. În cazul femeilor cu artrită sau deformări ale coloanei vertebrale care nu îşi pot flecta şoldurile sau genunchii, un asistent poate ridica cu blândeţe şi sprijini membrele inferioare, sau poate ajuta pacienta să se aşeze în decubit lateral stâng.

Inspectaţi vulva remarcând modificările asociate menopauzei precum subţierea ţesutului cutanat, reducerea pilozităţii pubiene, diminuarea distensibilităţii orificiului vaginal. Identificaţi eventuale mase tumorale labiale. Tumefacţiile cu nuanţă albastră pot reprezenta varicozităţi. Proeminenţa peretelui vaginal anterior inferior de uretră indică un uretrocel sau un diverticul uretral.

Masele tumorale benigne includ condiloame, fibroame, leiomioame şi chisturi sebacee. Vezi Planşa 14-2, Tumefacţii şi tumori ale vulvei, vaginului şi uretrei, pag. 547.

Căutaţi semne de eritem vulvar.

Eritemul însoţit de leziuni satelite sugerează infecţia cu *Candida;* eritemul asociat cu ulceraţie sau necroză centrală este sugestiv pentru un *carcinom.* Leziunile eritematoase multifocale, cu placarde scuamoase albe, sugerează *boala Paget.*

Inspectaţi uretra pentru eventuale *caruncule* - prolapsul ţesutului eritematos al mucoasei meatului uretral. Consemnaţi orice hipertrofie a clitorisului.

Hipertrofia clitorisului poate sugera *tumori secretante de androgeni* sau folosirea cremelor care conţin androgeni.

Îndepărtaţi labiile, apăsaţi orificiul vaginal în jos pentru a relaxa muşchii planşeului levator şi introduceţi uşor speculul după ce l-aţi umezit cu apă caldă sau cu un lubrifiant hidrosolubil. Dimensiunea speculului folosit trebuie să fie adecvată situaţiei: atrofie vaginală severă, orificiu vaginal larg, sau stricturi ale introitului vaginal cauzate de scăderea secreţiei estrogenice.

Examinaţi pereţii vaginali, care pot fi atrofici, şi colul uterin. Consemnaţi prezenţa unui mucus cervical subţire şi a secreţiilor vaginale sau cervicale.

Mucusul cervical cu configuraţie în frunză de ferigă, produs prin stimulare estrogenică, este întâlnit în terapia hormonală de substituţie, în *hiperplazia endometrială* şi în *tumorile secretante de estrogen*.

Leucoreea poate însoţi vaginita sau cervicita. Vezi Planşa 14-6, Secreţiile vaginale, pag 550.

Folosind o spatulă de lemn sau o perie endocervicală, recoltaţi celule endocervicale pentru efectuarea testului Papanicolaou. Recoltarea „în orb" poate fi indicată atunci când vaginul atrofic este prea îngust.

Vezi Planşa 14-7, Poziţiile uterului, pag. 551, şi Planşa 14-8, Anomaliile uterului, pag. 552.

După îndepărtarea speculului, cereţi pacientei să se încordeze, manevră care evidenţiază prolapsul uterin, cistocelul, uretrocelul sau rectocelul.

Efectuaţi examinarea bimanuală. Verificaţi mobilitatea colului uterin şi prezenţa maselor tumorale la nivelul uterului sau anexelor uterine.

Mobilitatea colului uterin este redusă în inflamaţii, afecţiuni maligne sau aderenţe chirurgicale. Fibroamele sau leiomioamele uterine care cresc în dimensiuni sugerează *leiomiosarcomul malign*; ovarele palpabile pot sugera *cancer ovarian*.

Efectuaţi examinarea rectovaginală. Investigaţi prezenţa neregularităţilor uterului şi ale anexelor prin peretele rectal anterior, şi prezenţa maselor tumorale la nivelul rectului. Pentru a evita contaminarea mostrei de materii fecale, schimbaţi mănuşile dacă pe acestea se află sânge de la examinarea bimanuală.

Un uter mărit de volum, imobil sau neregulat poate sugera prezenţa aderenţelor sau a malignităţii. Masele tumorale rectale se întâlnesc în *cancerul de colon*.

Aparatul genital masculin şi prostata. Examinaţi penisul prin retragerea prepuţului. Examinaţi scrotul, testiculele şi epididimul.

Anomalii posibile includ smegma, cancerul penian şi hidrocelul scrotal.

Continuaţi cu tuşeul rectal, acordând atenţie specială eventualelor mase tumorale rectale şi nodulilor sau maselor tumorale de la nivelul prostatei. Reţineţi că lobii anterior şi median ai prostatei sunt inaccesibili palpării, fapt care limitează utilitatea tuşeului rectal în depistarea hipertrofiei de prostată şi a unei posibile malignităţi.

Mase rectale se întâlnesc în *cancerul de colon. Hiperplazia prostatei* poate fi asociată cu mărirea de volum a acesteia; nodulii sau masele tumorale pot sugera *cancerul de prostată*.

Sistemul osteomuscular. Începeţi examinarea cu Screening-ul geriatric în 10 minute (pag. 914). Efectuaţi o evaluare mai amănunţită atunci când pacientul prezintă deformări articulare, deficite ale mobilităţii sau dureri accentuate de mişcare. Revedeţi tehnicile de examinare a diferitelor articulaţii discutate în Capitolul 16, Sistemul osteomuscular.

Modificări degenerative articulare în *osteoartrită*; inflamaţie articulară în *artrita reumatoidă* sau *artrita gutoasă*.

Vezi Capitolul 16, Sistemul osteomuscular - Planşele 16-1 până la 16-10, pag. 642-643.

Sistemul nervos. La fel ca în cazul examinării sistemului osteomuscular, începeţi cu Screening-ul geriatric în 10 minute (pag. 914).

Aprofundaţi examinarea atunci când depistaţi deficite. Focalizaţi-vă atenţia asupra memoriei şi stării afective.

Învăţaţi să deosebiţi delirul, depresia şi demenţa (vezi Planşa 20-1). Investigaţi cu atenţie cauzele care stau la baza acestor afecţiuni.[98] Vezi Planşa 20-3, Test screening pentru demenţă: testul Mini-Cog, pag 932.

Acordaţi o atenţie deosebită următoarelor aspecte: mersul şi menţinerea echilibrului, mai ales cel ortostatic; testul de cronometrare a mersului pe o distanţă de 3 m; caracteristicile pasului precum lărgime, cadenţă, lungime; şi întoarcerea efectuată în mers.

Tulburările de mers şi echilibru, în special lărgirea bazei de susţinere, mersul lent şi alungirea paşilor, precum şi dificultăţile de întoarcere, sunt corelate cu riscul de cădere.[99-101]

Reţineţi că testele neuromusculare standard nu au valoare predictivă pentru tulburările de mobilitate.[102] În plus, deşi anomaliile neurologice sunt frecvente la populaţia vârstnică, prevalenţa lor fără existenţa unei afecţiuni identificabile creşte cu vârsta, variind între 30% şi 50%.[103] Exemple de modificări asociate vârstei includ inegalitatea dimensiunilor pupilelor, reducerea balansului braţelor în timpul mersului şi a mişcărilor spontane, creşterea rigidităţii membrelor inferioare şi tulburări de mers, prezenţa reflexului orbicular al buzelor şi reflexului de apucare palmar, diminuarea sensibilităţii vibratorii la nivelul degetelor picioarelor.

Verificaţi dacă pacientul prezintă tremor, rigiditate, bradichinezie, micrografie, mers târşâit şi dificultăţi la răsucirea în pat, deschiderea borcanelor sau ridicarea de pe scaun.

Aceste semne sunt întâlnite în *boala Parkinson*, care afectează 1% din persoanele cu vârsta peste 65 de ani şi 2% din cele cu vârsta peste 85 de ani.[104,105] Tremorul are frecvenţă scăzută şi apare în repaus, având aspect de tip „număratul banilor". Este agravat de stresul emoţional şi dispare în timpul somnului şi al mişcărilor active. *Tremorul esenţial* este bilateral, simetric, apare în condiţii de istoric familial pozitiv şi este diminuat de consumul de alcool.

Clipitul persistent după percuţia glabelei şi dificultatea de a merge de pe călcâie pe vârfuri în *boala Parkinson* sunt de asemenea frecvente.

ÎNREGISTRAREA DATELOR

Iniţial veţi folosi propoziţii pentru a descrie rezultatele examinării, urmând ca ulterior să utilizaţi fraze. Modelul de mai jos conţine fraze adecvate pentru întocmirea majorităţii documentelor medicale. Pe măsură ce parcurgeţi acest text, veţi remarca unele constatări atipice. Încercaţi să vă testaţi, interpretând aceste constatări în contextul cunoştintelor pe care le-aţi dobândit despre examinarea vârstnicului.

O modalitate alternativă de organizare a foii de observaţie şi a îngrijirii pacientului este prezentată la pag. 933, Planşa 20-4, Managementul vârstnicilor: modelul Siebens al managementului pe domenii.

Consemnarea examenului fizic – adultul vârstnic

Domnul J este un pacient vârstnic, aparent sănătos, dar subponderal, cu masă musculară adecvată. Este alert şi comunicativ, având o bună memorie a trecutului său. Pacientul este însoţit de fiul său.

Semnele vitale: Înălţime (fără pantofi) 160 cm. Greutate (îmbrăcat) 65 kg. IMC 28. TA 145/88 la braţul drept, în clinostatism; 154/94 la braţul stâng, în clinostatism. Frecvenţa cardiacă (FC): 98, regulat. Frecvenţa respiratorie (FR): 18. Temperatura (orală): 37°C.

Screening-ul geriatric în 10 minute (vezi pag. 914)

Funcţia vizuală: Pacientul acuză dificultăţi la citit. Acuitate vizuală 20/60, stabilită cu ajutorul optotipului Snellen.

Funcţia auditivă: Nu poate auzi vocea şoptită în nici una dintre urechi. Nu poate auzi 1000 sau 2000 Hz cu audioscopul în nici una dintre urechi.

Necesită evaluare suplimentară pentru recomandarea ochelarilor de vedere şi, eventual, a unui aparat auditiv.

Mobilitatea membrelor inferioare: Parcurge 6 m în pas alert, se poate întoarce şi lua loc pe scaun în 14 secunde.

Incontinenţa urinară: A avut pierderi urinare în 20 de zile distincte.

Se impune investigarea incontinenţei urinare, inclusiv evaluarea „DIAPER" (vezi pag. 913), examinarea prostatei şi a volumului rezidual postmicţional, care în mod normal este ≤50 ml (necesită cateterizarea vezicii urinare).

Starea de nutriţie: A scăzut în greutate 7 kg în ultimele 6 luni fără a ţine regim.

Necesită screening nutriţional, pag. 906.

Memoria: Poate rememora 3 cuvinte după un minut.

Depresia: Nu se simte trist sau deprimat.

Dizabilităţi fizice: Poate merge alert, dar nu poate merge pe bicicletă. Poate efectua activităţi fizice moderate în casă, dar nu intense. Poate merge să cumpere alimente şi haine. Poate merge în locuri mai îndepărtate decât distanţa pe care o poate parcurge pe jos. Se poate spăla zilnic fără dificultate. Se poate îmbrăca, poate închide nasturii şi fermoarul şi se poate încălţa.

Luaţi în considerare un program de exerciţii fizice, care să includă antrenamente pentru creşterea rezistenţei.

(se continuă)

Examenul fizic

Tegumente. Calde şi umede. Unghii fără hipocratism sau cianoză. Păr rar la nivelul vertexului.

Cap, ochi, urechi, nas şi căi respiratorii superioare. Scalp fără leziuni. Craniu normocefalic, fără traumatisme. Conjunctive de culoare roz, sclere cu aspect „murdar". Pupile 2 mm care se contractă la 1 mm, rotunde, regulate, egal reactive la lumină şi acomodare. Mişcări extraoculare intacte. Papila optică cu margini net conturate, fără hemoragii sau exsudate. Îngustări arteriolare uşoare. Membrană timpanică (bilateral) – con de lumină adecvat. Weber normal. Conducere aeriană ≥ Conducere osoasă. Mucoasă nazală de culoare roz. Fără durere la nivelul sinusurilor. Mucoasa cavităţii bucale de culoare roz. Dentiţie normală. Carii dentare prezente. Limba situată pe linia mediană, prezintă uşoară hiperemie. Faringe fără exsudate.

Gât. Suplu. Traheea pe linia mediană. Lobi tiroidieni uşor măriţi, fără noduli.

Ganglioni limfatici. Fără limfadenopatie cervicală, axilară, epitrohleară sau inghinală palpabilă.

Torace şi plămâni. Torace simetric. Cifoză prezentă. Plămâni cu sonoritate normală, ampliaţiile mişcărilor respiratorii normale. Murmur vezicular normal. Cupolele diafragmatice coboară 4 cm bilateral.

Aparat cardiovascular. PVJ la 6 cm deasupra atriului stâng. Panta ascendentă a pulsului carotidian amplă, fără sufluri. Şoc apexian în spaţiul 5 intercostal stâng, la 9 cm lateral de linia mediosternală. Suflu holosistolic la apex, grad II/VI, aspru, iradiat în axilă. Fără Z_3, Z_4 sau alte sufluri.

Abdomen. Scafoid, cu zgomote hidroaerice prezente. Suplu, nedureros. Fără mase tumorale palpabile sau hepatosplenomegalie. Aria matităţii hepatice 7 cm pe linia medioclaviculară dreaptă; marginea ficatului netedă şi palpabilă la rebordul costal drept. Unghiuri costo-vertebrale nedureroase.

Aparat genito-urinar. Bărbat circumcis. Fără leziuni peniene. Testicule coborâte bilateral, cu suprafaţă netedă.

Rect. Fără mase tumorale. Materii fecale de culoare maronie, test de sângerare ocultă negativ.

Extremităţi. Calde şi fără edeme. Gambe suple.

Sistem vascular periferic. Puls 2+, bilateral, simetric.

Sistem osteomuscular. Modificări degenerative uşoare la nivelul genunchilor, slăbiciune a muşchilor cvadriceps femural. Grad de mobilitate adecvat la nivelul tuturor articulaţiilor.

Sistem nervos. Pacient orientat temporo-spaţial. Mini-testul pentru examinarea stării psihice (MMSE): scor 29. Nervii cranieni II-XII: normal. Funcţia motorie: masa musculară a muşchilor cvadricepşi redusă. Tonus normal. Forţa musculară 4/5 în toate grupele musculare. Mişcările succesive rapide şi proba index-nas normale. Mers cu bază de susţinere largă. Sensibilitate normală la testul de înţepare cu acul, atingere uşoară, poziţie şi vibraţie. Test Romberg negativ. Reflexe 2+ simetrice, cu răspuns plantar în flexie.

BIBLIOGRAFIE

LUCRĂRI CITATE

1. Administration on Aging, Department of Health and Human Services. Statistics: A Profile on Older Americans 2007. Available at: http://www.aoa.gov/prof/Statistics/profile/2007/3.asp. See also Statistics on Aging. Available at: http://agingstats.gov/agingstatsdotnet/Main_Site/Data/2006_Documents/Population.pdf. Accessed February 19, 2008.
2. Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Ann Intern Med Suppl139(5):455, 2003.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 288(14): 1775–1779, 2002.
4. Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, American Geriatrics Society. Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society Position Statement. J Am Geriatr Soc 54(5):849–852, 2006.
5. Perls TT. Understanding the determinants of exceptional longevity. Ann Intern Med Suppl 139(5):445, 2003.
6. Perls TT, Kunkel LM, Puca AA. The genetics of exceptional human longevity. J Am Geriatr Soc 50:359–368, 2002.
7. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science 237:143–149, 1987.
8. Taffet GE. Physiology of aging. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:27–36.
9. Mulligan T, Saddiqi W. Changes in male sexuality. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003: 719–726.
10. Kaiser FE. Sexual function and the older woman. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al, eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003: 727–736.
11. DuBeau CE. Benign prostatic hyperplasia. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003: 755–768.
12. Tangarorang GL, Kerins GJ, Besdine RW. Clinical approach to the older patient: an overview. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:149–162.
13. Bayer AJ, Chadna JS, Farag RR, et al. Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. J Am Geriatr Soc 34:263–266, 1986.
14. Trivalle C, Doucet J, Chassagrie P, et al. Differences in the signs and symptoms of hyperthyroidism in older and younger patients. J Am Geriatr Soc 44:50–53, 1996.
15. Doucet J, Trivalle C, Chassagrie P, et al. Does age play a role in clinical presentation of hypothyroidism? J Am Geriatr Soc 42:984–986, 1994.
16. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. Ann Intern Med 147(3):156–164, 2007.
17. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. Ann Intern Med 132(5): 337–344, 2000.
18. Fried LP, Sotrer DJ, King DE, et al. Diagnosis of illness presentation in the elderly. J Am Geriatr Soc 39:117–123, 1991.
19. Davis PB, Robins LN. History-taking in the elderly with and without cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 37:249–255, 1989.
20. Ferraro KF, Su YP. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. Am J Public Health 90(1): 103–108, 2000.
21. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Effects of age on validity of self-reported height, weight and body mass index: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. J Am Diet Assoc 101(1):28–34, 2001.
22. Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. Validation of medical history taking as part of a population based survey in subjects aged 85 and over. BMJ 304:1091–1092, 1992.
23. Kobylarz FA, Heath JM, Lide RC. The ETHNIC(S) mnemonic: a clinical tool for ethnogeriatric education. J Am Geriatr Soc 50(9):1582–1589, 2002.
24. Nunez GR. Culture, demographics, and critical care issues: an overview. Crit Care Clin 19:619–639, 2003.
25. Xakellis G, Brangman SA, Ladson H, et al. Curricular framework: core competencies in multicultural geriatric care. J Am Geriatr Soc 52(1):137–142, 2004.
26. Goldstein MZ, Griswold K. Practical geriatrics: cultural sensitivity and aging. Psychiatric Serv 49:769–771, 1998.
27. Lee SJ, Moody-Ayers SY, Landfeld CS, et al. The relationship between self-rated health and mortality in older black and white Americans. J Am Geriatr Soc 55(10):1624–1629, 2007.
28. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. J Am Geriatr Soc 54(5):770–776, 2006.
29. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 163:2716–2724, 2003.
30. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. Geriatrics at Your Fingertips, 6th ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society, 2004:9–12.
31. Takahashi PY, Okhravi HR, Lim LS, et al. Preventive health care in the elderly population: a guide for practicing physicians. Mayo Clinic Proc 79:416–427, 2004.
32. Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, et al. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. JAMA 272(13):1036–1042, 1994.
33. Ferrell BA. Acute and chronic pain. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:323–342.
34. American Geriatrics Society Panel of Persistent Pain in Older Persons, American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. JAGS 50(6 Suppl):S205–S224, 2002. Available at: http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/JGS5071.pdf. Accessed February 23, 2008.
35. Charlton JE, ed. Core Curriculum for Professional Education in Pain, 3rd ed. Seattle: International Association for the Study of Pain, 2005. Available at: http//www.iasp-pain.org/AM/

Template.cfm?Section=Publications&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307#TOC. Accessed June 9, 2008.
36. American Medical Association. Pain Management Module 5: Assessing and Treating Pain in Older Adults. Available at: http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/module05/index.htm. Accessed February 23, 2008.
37. Jones TV, Lindsey BA, Yount P, et al. Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients? J Gen Intern Med 8(12):674–678, 1993.
38. Callahan CM, Tierney WM. Health services use and mortality among older primary care patients with alcoholism. J Am Geriatr Soc 43(12):1378–1383, 1995.
39. American Geriatrics Society. Screening recommendation: clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. Available at: http://www.americangeriatrics.org/products/position papers/alcohol.shtml. Accessed February 23, 2008.
40. Tulsky JA. Doctor-patient communication issues. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:287–298.
41. Callahan D. The value of achieving a peaceful death. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:351–360.
42. Morrison RS, Meier DE. Clinical practice: palliative care. N Engl J Med 350(25):2582–2590, 2004.
43. Beck LH. Periodic health examination and screening tests in adults. Hosp Pract 15:121–126, 1999.
44. American Geriatrics Society Ethics Committee, American Geriatrics Society. Health screening decisions for older adults: AGS Position Paper. J Am Geriatr Soc 51(2):211–270, 2003. Available at http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/stopscreening.shtml. Accessed February 23, 2008.
45. Bogardus ST, Yueh B, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care: clinical applications. JAMA 289(15):1986–1990, 2003.
46. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al., American College of Sports Medicine, American Heart Association. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 116(9):1094–1105, 2007.
47. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommended adult immunization schedule. October 2007–September 2008. http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/downloads/adult/07-08/adult-schedule-11x17.pdf. Accessed February 24, 2008.
48. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vaccines and Immunizations. Recommendations and guidelines. Adult immunization schedule. Updated January 2008. Available at: http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/adult-schedule.htm#chgs. Accessed February 24, 2008.
49. Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, et al. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. N Engl J Med 357(14):1373–1381, 2007.
50. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 352(22):2271–2284, 2005.
51. U.S. Consumer Product Safety Commission. Special Report: Emergency Room Injuries—Adults 65 and Older. 2002. Available at: http://www.nsc.org/public/issues/CPSCSafety Report.pdf. Accessed February 23, 2008.
52. Oddone EZ, Heflin MT, Feussner JR. Screening for cancer. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:375–392.
53. Unutzer J. Late-life depression. N Engl J Med 357(22): 2269–2276, 2007.
54. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia: recommendations and rationale. June 2003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/dementia/dementrr.htm. Accessed February 23, 2008.
55. Cummings JL. Alzheimer's disease. N Engl J Med 351(1): 56–67, 2004.
56. Small BJ, Gagnon E, Robinson B. Early identification of cognitive deficits: preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Geriatrics 62(4):19–23, 2007.
57. Karlawish JHT, Clark CM. Diagnostic evaluation of elderly patients with mild memory problems. Ann Intern Med 138(5):411–419, 2003.
58. Budson AE, Price BH. Memory dysfunction. N Engl J Med 352(7):692–699, 2005.
59. Tschanz JT, Weklsg-Bohmer KA, Lyketsos CG, et al. Conversion to dementia from mild cognitive disorder: the Cache County Study. Neurology 67(2):229–234, 2006.
60. Boyle PA, Wilson RS, Aggarwal NT, et al. Mild cognitive impairment: risk of Alzheimer's disease and rate of cognitive decline. Neurology 67(3):441–445, 2006.
61. Busse A, Hensel A, Guhne U, et al. Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes. Neurology 67(12):2176–2185, 2006.
62. Dyer CB, Pickens S, Burnett J. Vulnerable elders: when it is no longer safe to live alone. JAMA 298(12):1448–1450, 2007.
63. Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, et al. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. J Am Geriatr Soc 52:297–304, 2004.
64. Fulmer T, Hernandez M. Elder mistreatment. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:1057–1066.
65. Koretz B, Reuben DB. Instruments to assess functional status. Also see Reuben DB. Comprehensive geriatric assessment and systems approaches to geriatric care. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:185–204.
66. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 100:438–440, 1996.
67. Resnick NM. Urinary incontinence. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al., eds. Geriatric Medicine, 4th ed. New York: Springer, 2003:931–956.
68. American Geriatrics Society. Urinary incontinence in older adults: management in primary practice. Contributors to incontinence. Available at: http://www.americangeriatrics.org/education/urinary_incontinence.shtml. Accessed February 23, 2008.
69. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, et al. Will my patient fall? JAMA 297(1):77–86, 2007.
70. Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, et al. Simple gait velocity assessment predicts adverse events in healthy

seniors aged 75 years and older. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60(10):1304–1309, 2005.

71. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 348(1):42–48, 2003.
72. Borson S, Scanlan J, Brush M, et al. The Mini-Cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatric Psychiatry 15(11):1021–1027, 2000.
73. Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc 51(10):1451–1454, 2003.
74. Bulpitt CJ, Beckett NS, Cooke J, et al. Results of the pilot study for the hypertension in the very elderly trial. J Hypertens 21(12):2409–2417, 2003.
75. Oates DJ, Berlowitz DR, Glickman ME, et al. Blood pressure and survival in the oldest old. J Am Geriatr Soc 55(3): 383–388, 2007.
76. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Levy D. Hypertension in adults across the age spectrum: current outcomes and control in the community. JAMA 294(4):466–472, 2005.
77. Bobrie G, Genes N, Vaur L, et al. Is "isolated home" hypertension as opposed to "isolated office" hypertension a sign of greater cardiovascular risk? Arch Intern Med 161(18): 2205–2211, 2001.
78. Chaudhry SI, Krumholz HM, Foody JM. Systolic hypertension in older persons. JAMA 292(9):1074–1080, 2004.
79. Papademetriou V. Comparative prognostic value of systolic, diastolic, and pulse pressure. Am J Cardiol 91(4):433–435, 2003.
80. Vaccarino V, Berger AK, et al. Pulse pressure and risk of cardiovascular events in the systolic hypertension in the elderly program. Am J Cardiol 88(9):980–986, 2001.
81. Carlson JE. Assessment of orthostatic blood pressure: measurement technique and clinical applications. South Med J 92(2):167–173, 1999.
82. Consensus Committee of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system atrophy. Neurology 46(5):1470, 1996.
83. McGee S, Abernethy WB, Simel DL. Is this patient hypovolemic? JAMA 281(11):1022–1029, 1999.
84. Ooi WL, Barrett S, Hossain M, et al. Patterns of orthostatic blood pressure change and their clinical correlates in a frail elderly population. JAMA 277(16):1299–1304, 1997.
85. Raiha I, Luntonen S, Piha J, et al. Prevalence, predisposing factors and prognostic importance of postural hypotension. Arch Intern Med 155(9):930–935, 1995.
86. Gnann JW, Whitely RJ. Herpes zoster. N Engl J Med 347(5): 340–346, 2002.
87. Congdon NG, Friedman DS, Lietman T. Important causes of visual impairment in the world today. JAMA 290(15): 2057–2060, 2003.
88. Freidman DS, Jampel HD, Munoz B, et al. The prevalence of open-angle glaucoma among blacks and whites 73 years and older: the Salisbury Eye Evaluation Glaucoma Study. Arch Ophthalmol 124(11):1625–1630, 2006.
89. Ragia A, Thavendiranathan P, Detsky AS. Does this patient have hearing impairment? JAMA 295(4):416–428, 2006.
90. Swan IRC, Browning GG. The whispered voice as a screening test for hearing impairment. J Royal Col Gen Pract 35:197, 1985.
91. Gordon SR, Jahnigen DW. Oral assessment of the dentulous elderly patient. J Am Geriatr Soc 34:276–281, 1986.
92. Otto CM, Lind BK, Kitzman DW, et al. Association of aortic-valve sclerosis with cardiovascular mortality and morbidity in the elderly. JAMA 341(3):142–147, 1999.
93. Leach RM, McBrien DJ. Brachiocardial delay: a new clinical indicator of the severity of aortic stenosis. Lancet 335(8699): 1199–1201, 1990.
94. McDermott MM, Greenland P, Liu K, et al. The ankle brachial index is associated with leg function and physical activity: the walking and leg circulation study. Ann Intern Med 136(12):873–883, 2002.
95. Dumesic DA. Pelvic examination: what to focus on in menopausal women. Consultant 36:39–46, 1996.
96. American Geriatrics Society. Screening for cervical carcinoma in older women. J Am Geriatr Soc 49(5):655–657, 2001.
97. Hoffman MS, Cardosi RD, Roberts WS, et al. Accuracy of pelvic examination in the assessment of patients with operable cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 190(4):986–993, 2004.
98. Holsinger T, Deveau J, Boustani M, et al. Does this patient have dementia? JAMA 297(21):2391–2404, 2007.
99. Baloh RW, Ying SH, Jacobson KM. A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. Arch Neurol 60:835–839, 2003.
100. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsek E et al. Lower extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med 332(9):556–561, 1995.
101. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med 80(3):429–434, 1986.
102. Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients. JAMA 259(8):1190–1193, 1988.
103. Odenheimer G, Funkenstein HH, Beckett L, et al. Comparison of neurologic changes in 'successfully aging' persons vs. the total aging population. Arch Neurol 51(6):573–580, 1994.
104. Rao G, Fisch L, Srinivasan S, et al. Does this patient have Parkinson disease? JAMA 289(3):347–353, 2003.
105. Nutt JG, Wooten GF. Diagnosis and initial management of Parkinson's disease. N Engl J Med 353(10):1021–1027, 2005.

SURSE BIBLIOGRAFICE SUPLIMENTARE

Ahmed A. Clinical manifestations, diagnostic assessment, and etiology of heart failure in older adults. Clin Geriatr Med 23:11–30, 2007.

American Geriatrics Society. Available at: http://www.americangeriatrics.org. Accessed June 22, 2008.

American Geriatrics Society, Ethnogeriatrics Steering Committee. Doorway Thoughts: Cross-cultural Health Care for Older Adults. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2004.

Amin SH, Kuhle CL, Fitzpatrick LA. Comprehensive evaluation of the older woman. Mayo Clin Proc 78(9):1157–1185, 2003.

Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al., for the HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 78(9):1887–1898, 2008.

Burks K. Osteoarthritis in older adults: current treatments. J Gerontol Nurs 31(5):11–19, 2005.

Cassel CK. Geriatric Medicine: An Evidence-based Approach, 4th ed. New York: Springer, 2003.

Carolan Doerflinger DM. How to try this: the mini-cog. Am J Nurs 107(12):62–71, 2007.

Chobanion AV. Isolated systolic hypertension in the elderly. N Engl J Med 357(80):789–796, 2007.

Clark CM, Karlawish JHT. Alzheimer disease: current concepts and emerging diagnostic and therapeutic strategies. Ann Intern Med 138(5):400–410, 2003.

Donowitz GR, Cox HL. Bacterial community-acquired pneumonia in older patients. Clin Geriatr Med 23(5):515–534, 2007.

Ene-Stroescu D, Gorbien MJ. Gouty arthritis: a primer on late-onset gout. Geriatrics 60(7):24–31, 2005.

Gupta V, Lipsitz LA. Orthostatic hypotension in the elderly: diagnosis and treatment. Am J Med 120(10):841–847, 2007.

Hazzard WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th ed. New York: McGraw-Hill/Professional, 2003.

Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med 354(11): 1157–1165, 2006.

Kales HC, Mellow AM. Race and depression: does race affect the diagnosis and treatment of late-life depression? Geriatrics 61(5): 18–21, 2006.

Karlawish JHT, Clark CM. Diagnostic evaluation of elderly patients with mild memory problems. Ann Intern Med 138(5):411–419, 2003.

Kennedy-Malone L, Fletcher KR, Plank LR. Management Guidelines for Nurse Practitioners Working with Older Adults, 2nd ed. Philadelphia: FA Davis, 2004.

Khan AA, Hodsman AB, Papaioannou A, et al. Management of osteoporosis in men: an update and case example. CMAJ 176(3):345–348, 2007.

Kobylarz FA, Pomidor A, Heath JM. SPEAK: a mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. Geriatrics 61(7):20–26, 2006.

Landefeld CS. Current Geriatric Diagnosis & Treatment. New York: Lange Medical Books–McGraw-Hill, 2004.

Meldon SW, Ma OJ, Woolard R, for American College of Emergency Physicians. Geriatric Emergency Medicine. New York: McGraw-Hill, 2004.

Moylan KC, Binder EF. Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. Am J Med 120(6):493–497, 2007.

Morrison LJ, Morrison RS. Palliative care and pain management. Med Clin North Am 90(5):983–1004, 2006.

Nakasato YR, Carnes BA. Health promotion in older adults: promoting successful aging in primary care settings. Geriatrics 61(4):27–31, 2006.

Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. Lancet 367(9504):57–67, 2006.

Nusbaum MR, Lenahan P, Sadovsky R. Sexual health in aging men and women: addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age. Geriatrics 60(9):18–23, 2005.

Scalf LA, Shenefelt PD. Contact dermatitis: diagnosing and treating skin conditions in the elderly. Geriatrics 62(6):14–19, 2007.

Small BJ, Gagnon E, Robinson B. Early identification of cognitive deficits: preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Geriatrics 62(4):19–23, 2007.

Springhouse Corporation, ed. Handbook of Geriatric Nursing Care, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Staats DO. Preventing injury in older adults. Geriatrics 63(4): 12–17, 2008.

Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, et al. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. Am J Clin Nutr 82(5):923–934, 2005.

Vistamehr S, Shelsta HN, Pammisano PC, et al. Glaucoma screening in a high-risk population. J Glaucoma 15(6):534–540, 2006.

Walter LC, Lewis CL, Barton MB. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. Am J Med 118(10):1078–1086, 2005.

Weiner DK. Office management of chronic pain in the elderly. Am J Med 120(4):306–315, 2007.

Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, et al. Sleep and aging: sleep disorders commonly found in older people. CMAJ 176(9):1299–1304, 2007.

Colecția Bates vă oferă resurse suplimentare pentru a facilita învățarea și înțelegerea acestui capitol:

- *Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking,* 6th edition
- *Bates' Nursing Online*
- *Bates' Visual Guide to Physical Examination,* 4th edition

PLANȘA 20-1

Competențe esențiale în geriatrie*

Managementul medicației

1 Explicați impactul modificărilor de vârstă asupra alegerii tratamentului și ajustați dozele în funcție de efectele pe care le are procesul de îmbătrânire asupra funcției renale și a celei hepatice, și asupra sistemului nervos central.

2 Identificați medicamentele, inclusiv anticolinergice, psihoactive, anticoagulante, analgezice, hipoglicemiante și medicația aparatului cardiovascular, care ar trebui evitate sau folosite cu precauție la vârstnici și explicați potențialele reacții adverse asociate fiecăruia.

3 Inventariați în scris lista completă a medicației pacientului, incluzând medicamentele eliberate pe bază de prescripție, cele naturiste și cele care nu necesită rețetă, și documentați pentru fiecare dintre ele doza, frecvența administrării, indicațiile, beneficiile, reacțiile adverse și complianța pacientului.

Tulburări cognitive și comportamentale

4 Definiți și distingeți manifestările clinice ale delirului, demenței și depresiei.

5 Formulați un diagnostic diferențial și efectuați o evaluare inițială a pacientului care prezintă tulburări cognitive.

6 Elaborați imediat un plan de diagnosticare pentru a determina cauza care stă la baza (etiologia) delirului la vârstnic.

7 Efectuați, apoi interpretați, evaluarea cognitivă a pacienților vârstnici la care suspicionați existența tulburărilor de memorie și funcționalitate.

8 Stabiliți un plan de evaluare și management nonfarmacologic pentru pacienții agitați, cu demență sau delir.

Capacitatea de auto-îngrijire

9 Evaluați și descrieți abilitățile funcționale inițiale și cele curente ale vârstnicului (activitățile zilnice complexe, activitățile zilnice fundamentale) prin obținerea istoricului stării de sănătate din surse multiple și prin efectuarea unui examen fizic de confirmare.

10 Alcătuiți un plan preliminar de management pentru pacienții cu deficite funcționale, care să includă intervenții adaptative și implicarea membrilor echipelor interdisciplinare din domenii precum asistență socială, îngrijiri la domiciliu sau în cămine de bătrâni, reabilitare, nutriție și farmacie.

11 Identificați și evaluați riscurile privind siguranța la domiciliu și recomandați măsuri pentru reducerea lor.

Căderile, tulburările de mers și de echilibru

12 Chestionați toți pacienții cu vârsta ≥65 de ani și persoanele care îi îngrijesc dacă au suferit căderi în ultimul an, observați modul în care pacientul se ridică de pe scaun și merge (sau mișcările de transfer), apoi consemnați și interpretați constatările.

13 În cazul pacienților care au suferit căderi, elaborați un diagnostic diferențial și un plan de evaluare care să se adreseze multiplelor etiologii identificate prin anamneză, examen fizic și evaluare funcțională.

Planificarea îngrijirilor medicale și promovarea stării de sănătate

14 Definiți și diferențiați tipurile de indicații în legătură cu resuscitarea, procuri privind îngrijirea sănătății și documentele legale anticipative.

15 Identificați cu acuratețe situațiile clinice în care speranța de viață, statusul funcțional, preferința pacientului și scopurile îngrijirilor medicale depășesc recomandările standard pentru screening la vârstnici.

16 Identificați cu acuratețe situațiile clinice în care speranța de viață, statusul funcțional, preferința pacientului și scopurile îngrijirilor medicale depășesc recomandările standard pentru tratamentul vârstnicilor.

Prezentări atipice ale bolilor

17 Identificați cel puțin 3 modificări fiziologice asociate îmbătrânirii pentru fiecare organ sau sistem și impactul lor asupra pacientului, inclusiv contribuția acestora la homeostenoză (declinul mecanismelor de rezervă homeostatice asociat îmbătrânirii).

18 Elaborați un diagnostic diferențial bazat pe recunoașterea prezentărilor atipice ale afecțiunilor comune la pacienții vârstnici, incluzând sindromul coronarian acut, starea de deshidratare, infecția tractului urinar, abdomenul acut și pneumonia.

Îngrijirile paliative

19 Evaluați și stabiliți managementul inițial al durerii și al celorlalte simptome cheie bazat pe dorințele pacientului privind îngrijirea medicală.

20 Identificați necesitățile psihologice, sociale și spirituale ale pacienților cu boli terminale și ale membrilor familiei, pentru a fi corect adresate de membrii echipelor interdisciplinare.

21 Prezentați îngrijirea paliativă (inclusiv spitalele de cronici) ca pe o opțiune de tratament pozitivă și activă pentru un pacient cu boală terminală.

Îngrijirea intraspitalicească a vârstnicilor

22 Identificați potențialele pericole ale spitalizării pacienților vârstnici (inclusiv imobilizarea, delirul, reacțiile adverse la medicamente, malnutriția, ulcerele de presiune, procedurile, perioadele peri- și post-operatorii și infecțiile nosocomiale) și identificați posibile strategii de prevenție.

23 Explicați riscurile, indicațiile, alternativele și contraindicațiile folosirii cateterului urinar (Foley) la pacientul vârstnic.

24 Explicați riscurile, indicațiile, alternativele și contraindicațiile folosirii metodelor fizice și farmacologice de imobilizare.

25 Comunicați componentele cheie ale unui plan de externare sigur (de exemplu, lista exactă a medicamentelor, planul vizitelor de urmărire), inclusiv compararea/ confruntarea potențialelor locuințe ulterioare externării.

26 Efectuați o examinare de control a zonelor tegumentare cu risc înalt de dezvoltare a ulcerelor de decubit și descrieți escarele existente.

---

*Se adresează în primul rând studenților, dar utilitatea lor poate fi extinsă și la personalul medical.
(Sursa: Association of American Medical Colleges/ John A. Hartford Foundation, Inc. A Consensus Conference on Competencies in Geriatrics Education, October 5, 2007.)

PLANȘA
20-2 Delirul și demența

Delirul şi demenţa sunt tulburări frecvente şi importante care afectează multe aspecte ale statusului mental. Ambele au multiple cauze posibile. În tabelul de mai jos sunt comparate unele dintre caracteristicile clinice ale acestor afecţiuni şi efectele lor asupra statusului mental. Un delir se poate suprapune peste demenţă.

	Delir	Demenţă
Caracteristici clinice		
Debut	Acut	Insidios
Evoluţie	Fluctuantă, cu intervale de luciditate; se agravează în timpul nopţii	Lent progresivă
Durată	Ore până la săptămâni	Luni până la ani
Ciclu somn/ veghe	Întotdeauna perturbat	Somn fragmentat
Afecţiuni medicale generale sau toxicitate medicamentoasă	Pot fi prezente ambele sau nici una	De obicei absente, în special în boala Alzheimer
Status mental		
Stare de conştienţă	Alterată. Pacientul este mai puţin conştient de mediul înconjurător şi mai puţin capabil să-şi concentreze, să-şi menţină sau să-şi comute atenţia	De obicei normală până în stadiile avansate
Comportament	Frecvent, activitate diminuată (somnolenţă) sau crescută (agitaţie, hipervigilenţă) în mod anormal	Normal până la lent; poate deveni inadecvat
Vorbire	Poate fi ezitantă, lentă sau rapidă, incoerentă	Dificultăţi în găsirea cuvintelor, afazie
Starea de dispoziţie	Fluctuantă, labilă, de la anxietate sau iritabilitate la normal sau depresie	Frecvent apatie, depresie
Procesul gândirii	Dezorganizat, poate fi incoerent	Încetinit. Vorbirea oferă puţine informaţii.
Conţinutul gândirii	Ideile delirante sunt comune, de obicei tranzitorii.	Pot apărea idei delirante
Percepţie	Iluzii, halucinaţii, cel mai frecvent vizuale	Pot apărea halucinaţii
Discernământ	Deteriorat în diferite grade	Deteriorat progresiv pe parcusul bolii
Orientare	De obicei dezorientat, mai ales temporal. Un loc cunoscut poate părea străin.	Relativ bine păstrată, dar se deteriorează în stadiile avansate ale bolii
Atenţie	Fluctuantă. Pacientul este uşor distras, nu se poate concentra asupra sarcinilor.	De obicei neafectată până în stadiile avansate ale bolii
Memorie	Memoria recentă şi cea imediată sunt deteriorate	Sunt deteriorate în special memoria recentă şi procesul de învăţare a informaţiilor noi
Exemple de cauze	Delirium tremens (determinat de întreruperea bruscă a consumului de alcool) Uremia Insuficienţa hepatică acută Vasculita cerebrală acută Intoxicaţia cu atropină	*Reversibile:* deficitul de vitamina B_{12}, afecţiunile tiroidiene *Ireversibile:* boala Alzheimer, demenţa vasculară (prin infarcte multiple), demenţa cauzată de traumatisme cranio-cerebrale

PLANȘA **20-3**

Test screening pentru demență: testul Mini-Cog

Mod de efectuare

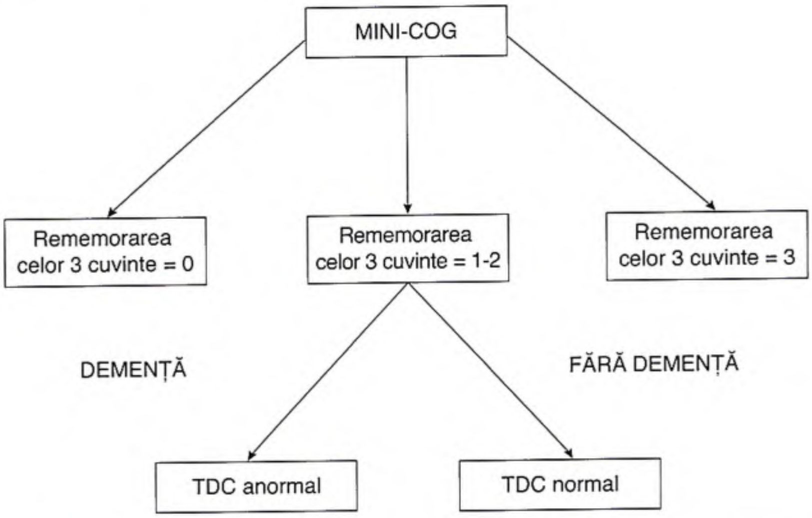
Testul se efectuează astfel:

1. Cereţi pacientului să asculte cu atenţie şi să reţină 3 cuvinte pe care le enumeraţi, care nu au legătură unul cu altul, apoi să le repete.
2. Rugaţi pacientul să deseneze cadranul unui ceas, fie pe o coală albă de hârtie, fie pe o coală de hârtie care are conturul ceasului deja desenat. După ce pacientul a plasat numerele pe cadranul ceasului, solicitaţi-i să deseneze limbile ceasului la o anumită oră.
3. Cereţi pacientului să repete cele 3 cuvinte enumerate anterior.

Mod de calculare a scorului

Acordaţi 1 punct pentru fiecare cuvânt rememorat după distragerea atenţiei prin testul desenării ceasului (TDC).
Pacienţii care nu pot rememora nici unul dintre cele trei cuvinte sunt clasificaţi ca având demenţă (scor = 0).
Pacienţii care pot rememora toate cele trei cuvinte sunt clasificaţi ca fiind fără demenţă (scor = 3).
Pacienţii care au rememorat 1-2 cuvinte sunt clasificaţi pe baza rezultatelor TDC (anormal = demenţă; normal = fără demenţă).

Notă: TDC este considerat normal dacă toate numerele sunt prezente în ordinea şi poziţia corecte, iar limbile ceasului indică lizibil ora cerută.



(Din Borson S, Scanlan J, Brush M, et al. The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 15(11);1021-1027, 2000. Copyright John Wiley & Sons Limited. Reprodus cu permisiunea autorilor.)

PLANȘA **20-4**

Managementul vârstnicilor: modelul Siebens al managementului pe domenii

Modelul Siebens al managementului pe domenii este un ghid care orientează asupra măsurilor de îngrijire a vârstnicilor.[a,b] Urmărind să fie practic, modelul organizează problemele de sănătate și abilitățile pacientului în patru domenii: I. Probleme medicale/ chirurgicale; II. Statusul mental/ starea afectivă/ mecanismele adaptative; III. Funcția fizică; și IV. Mediul de viață. Împărțirea în cele patru domenii facilitează planificarea și documentarea eficientă și cuprinzătoare a îngrijirilor medicale, și în același timp promovează munca de echipă interdisciplinară.

Model pentru consemnarea anamnezei și examenului fizic

(pentru vizitele de urmărire faceți modificările necesare)
Revizuit conform modelului Siebens al managementului pe domenii (SDMM – The Siebens Domain Management Model)[a]

Subiectiv[b]

Simptomul principal sau motivul vizitei (de urmărire)

Istoricul bolii actuale
Simptome/ investigații la zi/ perspectiva pacientului/ temerile pacientului

Medicamente

Alergii

Antecedente personale patologice
Menținerea stării de sănătate

Antecedente heredo-colaterale

Istoricul vieții sociale
Educația/ cunoștințele medicale
Starea civilă, copii, animale de casă
Natura relațiilor (sprijin/ povară pentru îngrijitori)
Consumul de alcool/ tutun/ droguri
Convingeri și practici spirituale sau religioase
Împuternicirea unui avocat privind îngrijirea sănătății/ documente legale anticipative

Istoricul funcționalității
Nivelul anterior de mobilitate, auto-îngrijire
Managementul medicației, plata facturilor
Muncă/ timp liber/ activități plăcute

Revizuirea sistemelor și aparatelor
Inclusiv sexualitatea

Obiectiv[b]

Examen fizic obiectiv
Semne vitale, sisteme și organe

Funcțiile cognitive, starea afectivă
Mobilitatea - mișcare în pat, ridicarea din pat sau de pe scaun, mersul, etc.

Teste de laborator
Ionogramă, funcție renală, HLG, albumină, etc.

Evaluare/ planificare[b] (sau spitalizare)

(Notă: Este recomandat ca problemele și abilitățile identificate să fie redactate în cadrul evaluării și planificării; fiecare domeniu trebuie documentat; pentru problemele considerate importante, dar neevaluate, se notează „de evaluat mâine/ la următoarea vizită".)

I. Probleme medicale/ chirurgicale
Simptome/ afecțiuni/ prevenție

II. Status mental/ stare afectivă/ mecanisme de adaptare
Funcțiile cognitive (precedate de comunicare dacă există modificări, inclusiv probleme de vedere/ auz/ vorbire/ limbaj)
Starea afectivă
Mecanisme de adaptare/ simptome comportamentale
Spiritualitatea
Preferințele pacientului - documente legale anticipative

III. Funcția fizică
ADL de bază (auto-îngrijirea - îmbrăcatul, spălatul, mobilitatea în casă, etc.)
ADL intermediare (mâncatul, managementul medicației și al banilor)
ADL complexe (sexualitatea, munca, rolul de părinte, timpul liber/ activități de agrement, condusul mașinii, activitatea fizică generală/ exercițiile fizice, etc.)

IV. Mediul de viață
A. Fizic (locuința, adaptările, comunitatea)
B. Social (sprijinul familiei, mecanisme de adaptare, interacțiuni sociale, etc.)
C. Financiar (asigurarea de sănătate, venitul personal, etc.) & resursele comunitare

---

[a] Siebens H. Applying the Domain Management Model in Treating Patients with Chronic Diseases Jt. Comm J Qual Improvement 2001; 27:302-314.
[b] Informația este disponibilă și în formatul SOAP – Subjective, Objective, Assessment, Plan (Subiectiv, Obiectiv, Evaluare, Planificare)

Disponibil și la: www.siebenspcc.com.

INDEX

NOTĂ: Numărul paginii urmat de litera „c" corespunde conţinutului casetelor din text; numărul paginii urmat de litera „p" indică planşele de la sfârşitul capitolului.

A

B

C

D

E

H

I

Î

J

K

L

M

O

R

S

Ţ

U

V

W

X

Z